DOCUMENT RESUME

ED 370 311 EC 303 043

AUTHOR	Lopez de Williams, Milka
TITLE	Conocimiento de Transmision de SIDA y Percepcion Hacia los Ninos con SIDA en el Salon de Clases de los Maestros de Educacion Especial (Knowledge of AIDS Transmission and Special Education Teachers' Attitudes towards Children with AIDS in the Classroom).
PUB DATE	Dec 93
NOTE	171p.; M.Ed. Thesis, University of Puerto Rico.
PUB TYPE	Dissertations/Theses - Practicum Papers (043)
LANGUAGE	Spanish
EDRS PRICE	MF01 Plus Postage. PC Not Available from EDRS.
DESCRIPTORS	*Acquired Immune Deficiency Syndrome; Age Differences; Elementary Secondary Education; *Knowledge Level; Sex Differences; *Special Education Teachers; *Teacher Attitudes; Teacher Background; Teaching Experience
IDENTIFIERS	New York (Oswego County)

ABSTRACT

This Spanish-language master's thesis presents a study which measured special education teachers' knowledge of AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) virus transmission and their attitudes toward children with AIDS in schools. Attitudes were then related to social variables such as sex, teacher's age, and knowing someone with AIDS. A survey of 101 Oswego County, New York, special education teachers found that 52 percent had a moderate knowledge about AIDS transmission, and 48 percent of respondents had a positive perception of children with AIDS. Findings also indicated that teachers had received effective training and information about AIDS; teachers seemed to feel insecure about applying that knowledge to particular situations of possible risk; knowing people with AIDS provoked negative or inadequate perceptions of that population; and age, sex, and teaching experience were not related to teachers' perceptions or AIDS knowledge. Several recommendations are outlined. Appendices contain a copy of the questionnaire in both English and Spanish. (Contains almost 100 references.) (JDD)

****
* Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made *
* from the original document. *
****

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION
Office of Educational Research and Improvement
EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)
☑ This document has been reproduced as received from the person or organization originating it.
☐ Minor changes have been made to improve reproduction quality.
• Points of view or opinions stated in this document do not necessarily represent official OERI position or policy.

ED 370 311

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RIO PIEDRAS
FACULTAD DE EDUCACION
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS GRADUADOS

CONOCIMIENTO DE TRANSMISION DE SIDA Y PERCEPCION HACIA LOS NIÑOS CON SIDA EN EL SALON DE CLASES DE LOS MAESTROS DE EDUCACION ESPECIAL

Tesis presentada como requisito parcial para el grado de Maestría en Educación Especial

"PERMISSION TO REPRODUCE THIS MATERIAL IN **OTHER THAN PAPER COPY** HAS BEEN GRANTED BY
Milka López de Williams
TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC)"

Milka López de Williams

Diciembre 1993
©1993 Milka López de Williams

EC 303043

BEST COPY AVAILABLE

Certifico que he leído esta tesis y que en mi opinión cumple con los criterios aceptables de presentación y contenido. Certifico, además, que es adecuada en alcance y calidad para aceptarse como requisito parcial para la obtención de una Maestría en Educación con Concentración en Educación Especial.

Diana Rivera Viera, ED D
Consejera de Tesis
Catedrática

José R. Santana García, ED D
Miembro del Comité
Catedrático

Isaura Alvarado Cartagena, Ph D, NCC
Miembro del Comité
Catedrática Asociada

Roberto Ramos Meléndez, Ph D
Director
Departamento de Estudios Graduados

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no podría haberse completado sin la ayuda de tres profesionales en el área de educación. Muchísimas gracias por su ayuda incondicional.

El Dr. Tom Gooding, Decano de la Facultad de Educación de State University of New York en Oswego. El Dr. Gooding me abrió las puertas a todos los servicios disponibles para el análisis de los datos estadísticos de este estudio.

El Dr. Robert Schell, profesor de estadística de State University of New York en Oswego. El Dr. Schell trabajó directamente conmigo analizando cada uno de los datos estadísticos del estudio.

El Dr. David Stern, Director del Programa de Educación Especial de BOCES me proveyó la lista de la población de los maestros de educación especial del Condado de Oswego. Además, su oficina reprodujo los 132 cuestionarios a la población de maestros y asumió los costos de correo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los niños con SIDA. Espero que muy pronto el SIDA sea una condición del pasado. Dedico este trabajo, a mis padres, Enrique López, María Adela Bigio y a mi querido esposo, James Williams por su apoyo incondicional durante el desarrollo de este estudio. A mi país Puerto Rico, mi tierra. Siempre los llevaré en mi corazón. ¡Que Dios los bendiga siempre!

TABLA DE CONTENIDO

Hoja de Aprobación ii
Agradecimientos iii
Dedicatoria iv
Sumario v
Lista de Tablas x
Lista de Gráficas xi

Capítulo I: Introducción
A. Presentación del tema 1
B. Planteamiento del problema 4
C. Propósito del estudio 8
D. Justificación del estudio 8
E. Preguntas de investigación 12
F. Definición de términos 13
G. Limitaciones del estudio 16
H. Aportación educativa del estudio 16
I. Resumen del capítulo 17

Capítulo II: Revisión de Literatura
A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
1. definición 19
2. origen 21
3. transmisión 22
4. discriminación 24
5. prevención 28
B. SIDA pediatrico 30
C. SIDA pediatrico en el contexto de la educación especial 35
D. Trayectoria histórica y legal de la educación del niño con SIDA 38
E. Casos relacionados con SIDA en el sistema escolar ... 39
1. New York State Association for Retarded Children v. Carey 40
2. Arline v. School Board of Nassau County 42
3. District 27 Community School Board v. Board of Education of the City of New York 43

4. Thomas v. Atascadero Unified School District 46
5. Ray v. School District of DeSoto County 47
6. Martínez v. School Board of Hillsborough City, Florida 50
F. Definición de impedimento
1. Acta de Rehabilitación del 1973 56
2. Acta Federal de Rehabilitación Vocacional 57
3. Acta de Educación para Todos los Niños con Impedimentos P. L. 94-142 58
4. Definición de SIDA como impedimento 59
5. Leyes que garantizan una educación al niño con SIDA 61
G. El maestro de educación especial y su preparación académica 64
1. Percepción de los maestros hacia los niños con SIDA 67
2. Adiestramiento necesario para los maestros 73
H. Guías para manejar la conducta del niño con SIDA en las escuelas 77
I. Resumen del Capítulo 84

Capítulo III: Metodología
A. Preguntas de investigación 87
B. Muestra del estudio 88
C. Instrumento de investigación 89
D. Validez y confiabilidad del instrumento 90
E. Procedimiento 93
F. Análisis de los datos 94

Capítulo IV: Resultados 96
A. Hallazgos
B. Discusión
C. Resumen del capítulo

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones
A. Conclusiones 118
B. Recomendaciones 123

Referencias 128

Apéndice

A. Cuestionario.....135
B. Traducción del cuestionario en español.....141
C. Notas 147
D. Gráficas.....153

LISTA DE TABLAS

Tablas		Página
1.	Frecuencia y porciento de la muestra por género	97
2.	Frecuencia y porciento de la muestra por edad	98
3.	Frecuencia y porciento de la muestra por años de experiencia	98
4.	Educación completada de la muestra	99
5.	Haber recibido adiestramiento sobre el SIDA	100
6.	Adiestramientos recibidos sobre el SIDA	100
7.	Conocer a alguien con SIDA	101
8.	Tener a un amigo con SIDA	101
9.	Tener a un familiar cercano con SIDA	102
10.	Haber tenido a un estudiante con SIDA	102
11.	Total de premisas acertadas en la escala de conocimiento	105
12.	Total de premisas acertadas en la escala de percepción	107
13.	Coeficientes de correlación para las premisas 7 a la 10 (conocer a una persona con SIDA) y percepción	110
14.	Coeficientes de correlación para las premisas 7 a la 10 (conocer a una persona con SIDA) y conocimiento	111
15.	Coeficientes de correlación entre las premisas 1 a la 11 sobre percepción y premisas 11 a la 21 sobre conocimiento	112

LISTA DE GRAFICAS

1. Porciento de la muestra por sexo 15
2. Frecuencia de la muestra por edad 155
3. Frecuencia y porciento de la muestra por años de experiencia 155
4. Porciento de la muestra por educación completada 156
5. Porciento de la muestra sobre conocimiento de transmisión 156
6. Frecuencia de las premisas 7 a la 10 sobre conocer a una persona con SIDA 157
7. Frecuencia de las premisas 11 a la 21 sobre conocimiento de transmisión 157
8. Frecuencia y porciento de las premisas 1 a la 11 en la escala de percepción 158
9. Frecuencia de las premisas 1 a la 11 en la escala de percepción 158
10. Frecuencia de las premisas 1 a la 11 en la escala de percepción (completamente en desacuerdo y desacuerdo) 159

SUMARIO

El propósito de este estudio fue medir el conocimiento sobre la transmisión del virus de SIDA y las percepciones que tienen los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA en las escuelas. Se buscó, además, la relación entre las variables sociales, (sexo, edad de los maestros, conocer a una persona con SIDA), las percepciones de los maestros y el conocimiento sobre la transmisión de SIDA.

Para contactar a los maestros de educación especial se utilizaron los servicios de Board of Cooperative Educational Services (BOCES), una entidad de apoyo al sistema regular localizada en Mexico, Nueva York. Al momento del estudio, BOCES contaba con una totalidad de 132 maestros en el área de educación especial.

Como instrumento de investigación se utilizó un cuestionario con 32 premisas. Las premisas del cuestionario estuvieron dirigidas a obtener información demográfica de los maestros, su conocimiento respecto a transmisión del virus de SIDA y sus percepciones hacia los niños con SIDA en las escuelas.

Se enviaron los siguientes materiales por correo a la población de 132 maestros: el cuestionario, una carta de introducción con el propósito del estudio y un memo del Director del Programa de Educación Especial de BOCES. A los maestros se les concedió una semana para completar y devolver los cuestionarios.

Un 76.5% de la población de maestros devolvió el cuestionario. La muestra del estudio consistió de 101 (N=101) maestros.

Los resultados de este estudio reflejan que un 52% de los maestros encuestados tienen un conocimiento moderado sobre la transmisión del virus de SIDA. Un 48% de los maestros encuestados tienen una percepción positiva hacia los niños con SIDA.

El hecho de que se haya encontrado relación entre las variables de conocer a una persona con SIDA y las percepciones de los maestros refleja que el contacto con esta población influye en las percepciones de los maestros hacia los niños con SIDA en las escuelas.

Los maestros bajo el programa de BOCES reciben adiestramientos constantemente sobre temas que conciernen a la educación. Los resultados de este estudio parecen indicar que los maestros de educación especial del Condado de Oswego están recibiendo adiestramientos efectivos sobre SIDA.

Estos resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones. Se recomienda mayor investigación en esta área.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Presentación del tema

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), un desorden complejo caracterizado por un daño severo al sistema natural inmunológico del cuerpo, se identificó por primera vez en el año 1981. El primer informe de SIDA provino del Center for Disease Control (CDC) en Atlanta, Georgia. Se describieron cinco casos de jóvenes homosexuales, previamente sanos, que habían recibido tratamiento para una infección pulmonar rara: pneumonía por pneumocystis carinni en hospitales de Los Angeles, California. Esta infección sólo puede ocurrir en individuos con un sistema inmunológico deteriorado (Daniels, 1986). Desde que surgió la enfermedad, se busca la causa, una vacuna, un tratamiento y una cura, todo al mismo tiempo (Waxman en Alyson, 1990).

Según un titular ("AIDS cases", 1991) desde que surgió el SIDA, los casos han continuado aumentando. El CDC predijo que el SIDA aumentará por los próximos cinco años. Además, el Departamento de

Salud de los Estados Unidos predijo que el número de personas con SIDA en el estado de New York se duplicará para finales del año 1995 ("AIDS cases," 1991).

El Center for Disease Control en Atlanta, Georgia informó el número de casos de SIDA registrados por estados entre Julio de 1991 y Junio de 1993. El número de casos fueron los siguientes: Nueva York (60,570), California (58,016), Distrito de Colombia (30,786), Texas (22,091) e Illinois (10,016) (CDC, 1993).

Con relación a las causas de transmisión del SIDA, un 55% se debe a las relaciones sexuales homosexuales, un 19% al uso de drogas intravenosas, un 6% al contacto sexual heterosexual, un 4% a causas no determinadas, un 2% a transfusión de sangre, un 1% por hemofilia y el porcentaje restante se atribuye a casos relacionados con la exposición múltiple o combinación de las anteriores (CDC, 1992). Respecto al SIDA pediátrico, el 84% de los casos se debe a la trasmisión a través de madres infectadas con el virus, un 8% a transfusiones de sangre o componentes de sangre y un 5% a hemofilia (CDC, 1991).

Debido a las consecuencias fatales del síndrome y el miedo al contagio, se ha propiciado la discriminación, la violencia y la histeria pública. Esta histeria se ha manifestado en las escuelas públicas, donde el miedo a la trasmisión ha llevado a la exclusión y la discriminación del niño con SIDA (Murphi, 1990). Según Kirp (1989), son muchos los casos informados sobre el rechazo a la admisión escolar de los niños con SIDA.

Los niños con SIDA están en el sistema escolar. Los niños con SIDA de New York, New Jersey e Indiana, entre otros, están asistiendo a clases (Newschwander, 1987). Los maestros necesitan adiestramiento en servicio y pre-servicio para desarrollar actitudes apropiadas que le permitan trabajar efectivamente con estos niños. Según Kerr (1989), los maestros necesitan adiestramiento para educar a los niños con SIDA. El desarrollo de programas de adiestramiento en servicio y pre-servicio podría satisfacer esta necesidad (Kerr, 1989).

Según Newschwander (1987), los maestros tienen miedo de trabajar cerca de los estudiantes con SIDA y son cautelosos con el contacto físico. Los estudiantes se tienen miedo unos a otros, miedo de compartir las facilidades sanitarias y de comer con utensilios desechables en las cafeterías escolares (Newschwander, 1987). Según Nader (1986), los maestros son bombardeados por noticias en la prensa, la radio y la televisión, lo cual ha resultado en miedo al contagio.

La admisión o exclusión de un niño con SIDA en el sistema escolar es una de las controversias de mayor impacto en la educación. Han sido muchos los casos en corte relacionados al sistema escolar. Los educadores tienen un rol muy importante porque la educación es el único recurso para prevenir el SIDA. Cerca de 2.5 millones de maestros están enseñando a más de 47 millones de estudiantes en los Estados Unidos (Stroka en Alyson, 1990). En Koop on AIDS (1987), el entonces Cirujano General, C. Everett Koop, señaló que la educación

sobre el SIDA debe comenzar temprano en el nivel elemental y en el hogar, para que el niño pueda crecer conociendo la conducta que debe evitar para protegerse de la exposición al virus del SIDA.

Según un estudio dirigido por la American School Health Association (Morgan, 1988), el 47% de los miembros de la asociación encuestados respondieron que es responsabilidad del maestro educar sobre el SIDA. El 29% indicó que es responsabilidad de las enfermeras escolares, el 17% indicó que es responsabilidad de los padres, y un 4% indicó que es responsabilidad de los administradores escolares.

Planteamiento del problema

Históricamente se ha utilizado, y ha sido aceptable, el aislamiento o cuarentena para prevenir la transmisión de enfermedades y proteger al público (Hammett, 1986). Uno de los mayores problemas relacionados con la enfermedad del SIDA es la admisión de un niño infectado con el síndrome en el salón de clases. Debido a las consecuencias fatales de la enfermedad, el miedo al contagio de SIDA ha provocado discriminación, violencia e histeria (Murphy, 1990). La enfermedad del SIDA ha creado un estigma social definiéndolo como una enfermedad de grupos marginados tales como los homosexuales, los usuarios de drogas y las minorías raciales. Muchas personas creen que las personas infectadas tienen la culpa por haberse infectado.

Dos distritos escolares en Nueva York aprobaron una resolución el 27 de agosto de 1985 para que ningún niño con SIDA o que viviera

en un hogar con alguien con SIDA pudiera asistir a las escuelas públicas de esos distritos (Schwarz, 1985). En Plainfield, New Jersey, se le negó la educación a una niña de cuatro años diagnosticada con SIDA. La niña no asistiría a la escuela hasta que el estado estableciera normas para los niños con SIDA. Se trató de conseguir a un tutor privado para la niña pero fue imposible. La madre adoptiva de la niña, Doris Williams, indicó: "Esto es peor que la lepra. Por lo menos, los leprosos tienen colonias" (Laub, 1985, p. 19).

Los padres de Ryan Thomas, un niño infectado con el virus del SIDA, iniciaron una acción legal contra el distrito escolar para que se le permitiera a Ryan asistir a sus clases regulares de kindergarten. Otro caso presentado en corte fue el caso de Ray v. School District of DeSoto County. Los padres de Richard, Robert y Randy, hemofílicos y diagnosticados como portadores del virus de inmunodeficiencia adquirida, demandaron al distrito escolar de DeSoto County en Florida por la segregación de sus hijos del ambiente escolar.

En Florida, para el año 1988 se vio el caso de Martínez v. School Board of Hillsborough City en el cual la demandante, Rosa E. Martínez, alegaba que la Junta de Educación estaba violando el derecho a una educación libre y apropiada para su hija Eliana Martínez (Martínez v. School Board of Hillsborough City, Florida, 1988). Según la demandante, la ubicación en el hogar privaba a Eliana de beneficios que provee la educación en el salón de clases tales como la socialización y el modelaje. Se alegó violación del Acta

de Rehabilitación, Sección 504, y a una educación libre y apropiada en el ambiente menos restrictivo de acuerdo a la Ley Pública 94-142.

En 1986, se llevó a cabo un estudio para adolescentes en el Estado de Massachusetts sobre si alguna persona infectada con SIDA debía ser permitida en las escuelas. Un 23 porciento de los adolescentes entre las edades de 16 a 19 años indicaron que una persona infectada con SIDA no debía permitirse en la escuela. La mayoría de los adolescentes que contestaron de esta forma fueron varones que no habían discutido el SIDA con miembro alguno de la familia; no entendían cómo el virus del SIDA se transmite y estaban temerosos de contraer el virus (Strunin, L., Hingson, R, Barry, M. A., y Liebling, L. G., 1988).

Han sido muchos los casos relacionados con la admisión de los niños con SIDA en las escuelas (Herek, 1988). El problema que se plantea en este estudio es que desde que surgió el SIDA, los niños con SIDA llegan a las escuelas donde encuentran rechazo del público por temor al contagio. El rechazo se encuentra tanto en los padres como en el personal escolar. Los maestros, siendo el personal que trabaja directamente con los estudiantes, necesitan eliminar los temores respecto a la enfermedad y al riesgo de contagio. Los maestros necesitan adiestramiento para educar a los niños con SIDA.

Según la revisión de literatura, al momento de esta investigación, no se habían desarrollado estudios dirigidos específicamente al maestro de educación especial y su percepción hacia los niños con SIDA. Sin embargo, hay estudios que presentan la relación que existe

entre algunas de las variables de este estudio como lo son: el adiestramiento, el conocimiento de la enfermedad y las variables sociales.

La American School Health Association en Ohio desarrolló un estudio en el 1988 sobre la necesidad de adiestramiento en torno al SIDA en las escuelas. Se enviaron cuestionarios a 333 miembros de la Asociación. Un 52% de los encuestados indicó la necesidad de programas de adiestramiento en servicio en sus distritos escolares o estado. Respecto a la variable de conocimiento, aunque los encuestados tenían conocimiento sobre el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), se indicó una inseguridad sobre algunos aspectos de la enfermedad del SIDA. Un 47% de los encuestados indicó que los maestros deben encargarse de la educación sobre SIDA (Kerr, 1988).

Fenell (1991), evaluó cuán efectivo podría ser un curso de un crédito sobre el SIDA en las universidades o colegios. El propósito del estudio fue aumentar el conocimiento sobre el SIDA y disminuir las actitudes negativas hacia la enfermedad y hacia los homosexuales. Los estudiantes recibieron aproximadamente 90 minutos de instrucción mediante conferencias, discusiones, videos y la experiencia de hablar con una persona infectada con el virus HIV. Se encontró un aumento significativo en el conocimiento sobre el SIDA y las actitudes positivas luego de un período de cinco clases. Los programas de adiestramientos a maestros, ya sea por cursos universitarios, pre-servicio o en servicio, pueden ser una herramienta eficaz

para evitar los temores del miedo al contagio y el rechazo a los niños con SIDA.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es obtener información sobre el conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del SIDA y la percepción hacia el niño con SIDA en el sistema escolar. Según Welner (1986), las escuelas deben comenzar a educar a los estudiantes, a los empleados y a la comunidad. El maestro necesita conocer la condición de SIDA y cómo manejar el niño con SIDA dentro del salón de clases. Particularmente, este estudio intenta:

1. Determinar cuán adeduado es el nivel de conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus del SIDA y sus percepciones hacia los niños con SIDA en las escuelas.

2. Identificar si existe alguna relación entre las variables sociales, el conocimiento sobre la transmisión del virus del SIDA y las percepciones de los maestros de educación especial.

Justificación del estudio

En el 1985, cerca de 20,000 estudiantes estuvieron fuera de la escuela, con el consentimiento de sus padres, cuando los oficiales escolares del Estado de Nueva York permitieron la admisión escolar

de un niño con SIDA (Newschwander, 1987). El 21 de agosto de 1990 un grupo de padres se opuso a que un niño y una niña con SIDA ingresaran a un kindergarten (Millán, 1990). En el 1987, Vincent Chalk, maestro certificado en California en el área de impedimentos auditivos, informó a su supervisor inmediato que se le había diagnosticado SIDA. La Junta Escolar decidió despedirlo debido al temor de que el SIDA pudiera transmitirse a los estudiantes durante las actividades rutinarias del salón de clases (Ginzburg, 1990).

El SIDA ha afectado al sistema escolar, a los maestros y a los estudiantes. Una de las principales controversias educativas es la admisión o la exclusión del niño con SIDA en el sistema escolar. Los padres del niño con SIDA no encuentran razón alguna para que se le niegue la educación a su hijo (Brockman, 1987). Según Hammett (1986), no importa cuánto tiempo estos niños puedan vivir, tienen el mismo derecho que los demás a una educación. Sin embargo, según la opinión de un padre, los padres no deben arriesgarse a enviar los niños a la escuela:

> "los padres no deben tomarse el riesgo de enviar a los niños a la escuela donde podrían contaminar a otros... Es cierto que el efecto psicológico del aislamiento es importante a esta edad; pero no es más importante que la posibilidad de transmitir la enfermedad a otros niños inocentes" (Moscoso, 1985, p. 20).

French (1987) señala que es una situación peligrosa obligar a un niño enfermo a asistir al sistema escolar público. Nadie puede

garantizar que un niño enojado no muerda o estornude sobre otro niño, o que un niño con encias sangrantes escupa en el ojo a otro niño.

Son innumerables los casos de SIDA relacionados con el sistema escolar. El derecho a asistir a una escuela puede estar sujeto a los requisitos de admisión de las instituciones educativas. El estado o las juntas de gobierno locales tienen una amplia discresión para establecer las normas de admisión (Brockman,1987). Esto implica que los distritos escolares tienen cierta autoridad para aceptar o denegar la admisión de un estudiante en la escuela.

Los individuos que dan positivos al HIV están sujetos potencialmente a dos tipos de discriminación: primero, llevan el virus que es espantoso por su virulencia, y segundo, es una enfermedad que está ligada, por lo menos en la imaginación popular, con grupos socialmente marginados como los homosexuales, los usuarios de drogas intravenosas, los negros e hispanos (Douard, 1990). Es necesario que se eliminen los miedos y los prejuicios conociendo la verdad sobre la transmisión del virus. La educación y la prevención son actualmente las únicas alternativas al incremento del SIDA.

Históricamente, a los niños con impedimentos se les ha negado el derecho de admisión al sistema escolar. Sin embargo, en el 1972 dos casos establecieron el derecho constitucional a la educación para los niños con impedimentos: *Pennsylvania Association for Retarded Children v. the Commonwealth of Pennsylvania* , (PARC), que estableció el derecho a una educación pública y gratuita para todo

niño con retardo y *Mills v. Board of Education of the District of Columbia*, que estableció el derecho de cada niño a una igual oportunidad de educación declarando que la falta de fondos no era una excusa aceptable para la falta de oportunidades educativas (Heward, 1988).

Los niños con impedimentos, además, necesitan educarse sobre el SIDA. Estos niños están en riesgo de infección del síndrome debido: a la posibilidad de abuso sexual; al riesgo de exposición a conductas que envuelven sangramiento, como mordidas y golpes en la cabeza, a su vulnerabilidad al pensar que nunca se pueden contagiar y a la impulsividad e inhabilidad para pensar racionalmente en situaciones que le provocan tensión. Muchas de las oportunidades de empleo pueden ubicar a los individuos con impedimentos en posiciones de alto riesgo de infección como por ejemplo en los servicios sanitarios y la exposición con desperdicios infecciosos (Kerr, 1989).

Existe una necesidad de programas de adiestramiento para maestros sobre la educación del niño con SIDA. Según Morgan (1988), existe una necesidad de preparar programas sobre el SIDA; de desarrollar currículos en sexualidad humana; de tener información precisa y actualizada; y de analizar y discutir asuntos éticos y morales. Además, existe la necesidad de identificar la disponibilidad de oportunidades de empleo para los profesionales de salud y reconocer la importancia de la educación para la prevención del SIDA.

Este estudio se justifica ya que a pesar del rechazo y discriminación hacia los niños con SIDA en el sistema escolar, los niños con SIDA tienen derecho a una educación libre y gratuita. Aunque históricamente se les ha negado el derecho de educarse a los niños con impedimentos, existen leyes que garantizan una educación libre de costo a los padres de los niños con impedimentos.

Preguntas de investigación

Este estudio intenta buscar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuán adecuado es el nivel de conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus del SIDA?
2. ¿Cuáles son las percepciones de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA en las escuelas?
3. ¿Cuál es la relación entre las variables sociales (edad y sexo) y las percepciones de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA?
   a. ¿Qué relación existe entre la experiencia de enseñanza de los maestros y su percepción hacia los niños con SIDA?
   b. ¿Qué relación existe entre la educación completada de los maestros y su percepción hacia los niños con SIDA?
   c. ¿Cuál es la relación entre haber recibido adiestramiento sobre el SIDA y la percepción de los maestros?

d. ¿Qué relación existe entre conocer a una persona con SIDA y las percepciones de los maestros?

4. ¿Cuál es la relación entre el adiestramiento recibido por los maestros y su conocimiento sobre la transmisión del virus del SIDA?

5. ¿Qué relación existe entre conocer a una persona con SIDA y su conocimiento sobre la transmisión del virus del SIDA?

6. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de los maestros sobre la transmisión de SIDA y su percepción hacia los niños con SIDA en las escuelas?

Definición de términos

Para propósitos de este estudio, los siguientes términos tienen la definición que se especifica:

1. **Educación especial.** Es la educación diseñada para los niños con necesidades especiales, para niños que por varias razones, no pueden beneficiarse del currículo regular. Estos niños son usualmente niños con impedimentos físicos, con dificultades en el aprendizaje o que demuestran un desorden de conducta o emocional. Es una educación para capacitar a todos los niños con impedimentos para tener el mayor acceso posible al currículo regular (Williams, 1988).

Según Heward (1988), son niños que exhiben diferencias de otros en términos de sus atributos físicos y habilidades de aprendizaje. Las categorías del niño excepcional son las siguientes: retardación mental, problemas de aprendizaje, problemas de conducta (disturbios emocionales), desórdenes de comunicación, problemas auditivos, problemas visuales, impedimentos físicos o de salud, impedimentos severos y los niños dotados o talentosos.

2. **Maestro de educación especial.** La totalidad de maestros de educación especial registrados en el Programa de Educación Especial de BOCES (The Oswego County Board of Cooperative Educational Services) en Mexico, New York. Los maestros ejercen funciones en las siguientes áreas: impedimentos mentales, disturbios emocionales, problemas severos de aprendizaje, impedimentos físicos, problemas auditivos y el área vocacional. Estos maestros pueden o no estar ejerciendo funciones al momento y se encuentran dentro del Condado de Oswego, específicamente en los siguientes pueblos: Altmar-Parish-Williamstown, Central Square, Fulton, Hannibal, Mexico, Oswego, Phoenix, Pulaski y Sandy Creek.

3. **Niño con SIDA.** De acuerdo al Center for Disease Control (Penneys, 1990), se considera un niño con SIDA a aquel niño menor de quince años diagnosticado como portador del virus de inmunodeficiencia adquirida con o sin síntomas.

4. **Percepción.** Es la forma en que una persona ve su ambiente basándose en sus sentidos, experiencias pasadas, actitudes, información presente y otras variables personales (Shafritz, 1988).

En un sentido más general, el término percepción se refiere a la experiencia mental que surge cuando se reconoce algún objecto presentado a los sentidos (Monroe, 1914). Para propósitos de este estudio, este término se referirá a las respuestas que den los maestros de educación especial del área central del Estado de Nueva York, Condado de Oswego, respecto a los niños con SIDA en el sistema escolar en las premisas 1 a la 11 en la escala del cuestionario. Una percepción positiva tendrá un valor de 8-11 premisas acertadas, una percepción moderada tendrá un valor de 4-7 premisas acertadas y una percepción negativa tendrá un valor de 1-3 premisas acertadas en la escala de percepción. Las premisas acertadas son todas aquellas premisas seleccionadas en el nivel de completamente en desacuerdo y desacuerdo en la escala Likert del cuestionario.

5. **Conocimiento.** Este término refiere al conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus del SIDA en el sistema escolar. Las premisas 11 a la 21 del cuestionario miden el conocimiento que tienen los maestros sobre la transmisión del virus del SIDA. Para propósitos de este estudio, mucho conocimiento es una puntuación de 9 a 11 premisas acertadas en el cuestionario. Un conocimiento moderado tiene una puntuación de 7 a 8 premisas acertadas y poco conocimiento tiene una puntuación de 1 a 6. Las premisas 11 a la 20 con una contestación de sí y la 21 con una contestación de no, se consideran aciertos.

Limitaciones del estudio

El porciento de maestros que devuelve el cuestionario y su disposición para contestar el mismo podría afectar la investigación. Se estableció un 60% como aceptable para la respuesta de los maestros o devolución de los cuestionarios. El no recibir un mínimo de 60% de los cuestionarios se considerará una limitación del estudio.

Este estudio se dirigió a maestros de educación especial en el Condado de Oswego, área central de Nueva York. Por lo tanto, los resultados del mismo no pueden generalizarse a otra población con características diferentes a las de este estudio.

Aportación educativa del estudio

El determinar cuánto conocimiento tienen los maestros sobre la transmisión del SIDA y las percepciones hacia los niños con SIDA en un distrito en particular podría decir cuánto se está haciendo para adiestrar a los maestros sobre el SIDA. Un distrito con maestros que no poseen conocimiento sobre la transmisión del SIDA y que tengan unas percepciones negativas hacia los niños con SIDA en las escuelas no podrá brindar una educación apropiada a los niños con SIDA.

Los maestros necesitan tener conocimiento sobre la transmisión de SIDA (Raper, 1988). Específicamente, el maestro debe conocer qué conductas resultan en riesgo de contagio y cuáles no presentan ningún riesgo dentro del salón de clases. Además, el maestro debe

conocer cómo manejar la conducta de un niño con SIDA dentro del salón de clases para que no se afecte su funcionamiento.

Por lo tanto, este estudio hace una importante aportación en beneficio de la educación de los niños con SIDA. Particularmente, este estudio puede beneficiar al distrito de Oswego, Nueva York sobre cúan eficaz están resultando los adiestramientos en servicio a maestros sobre la transmisión del SIDA en las escuelas. Además, se podrá identificar si los adiestramientos tienen algún efecto en las percepciones de los maestros.

Resumen del capítulo

Desde el 1981, cuando surge la enfermedad del SIDA, los casos continúan aumentando. El Departamento de Salud de los Estados Unidos predijo que el SIDA aumentará para el 1995 ("AIDS cases", 1991). El problema que existe con la enfermedad es que los niños con SIDA llegan a las escuelas donde encuentran discriminación y rechazo por temor al contagio de la enfermedad. Muchos casos han surgido sobre el rechazo de la admisión de los niños con SIDA en el sistema escolar (Kirp, 1989). Los maestros necesitan recibir adiestramiento sobre el SIDA. Los maestros necesitan conocer la enfermedad del SIDA y cómo se transmite (Raper, 1988).

El propósito de este estudio es determinar el conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión de SIDA y sus percepciones hacia los niños con SIDA en el sistema

escolar. Este estudio busca respuesta a cinco preguntas de investigación relacionadas al conocimiento de transmisión de SIDA, las percepciones de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA y la relación entre las variables sociales. La justificación de este estudio se basa en que existe un derecho legal para la admisión de los niños con impedimentos en las escuelas.

CAPITULO II

REVISION DE LITERATURA

Definición

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un defecto en la función del sistema inmunológico, el cual reduce la resistencia de la persona a ciertas infecciones y cánceres. Para estar identificado como paciente de SIDA, el mal funcionamiento no debe estar asociado a un desorden genético, a la quimeoterapia[1] a mala nutrición o a un tratamiento médico, inducido deliberadamente, como el transplante de órganos (Moffatt, B. Spiegel, J., Parrish, S., y Helquist, M., 1987). Las personas diagnosticadas con HIV se diagnostican con SIDA si desarrollan ciertas enfermedades serias como el sarcoma de kaposi, pneumonía por pneumocystis carinii o demensia (Fraser, 1989).

SIDA significa: Síndrome, conjunto de señales o síntomas que ocurren en conjunto y que señalan un diagnóstico; Inmune, enfermedad contra las defensas del cuerpo; Deficiencia, falta de inmunidad celular; Adquirida, no hereditaria. Cuando el virus entra al cuerpo, ataca a los glóbulos blancos[2] que controlan el sistema de inmunidad.

El virus[3] penetra en una célula llamada T4 [4] destruyendo su estructura genética y reemplazándola con instrucciones para que reproduzcan el virus (Welner, 1986).

Aunque la causa no es aún conocida, se ha concluído que el SIDA puede ser trasmitido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)[5] por contacto sexual o por exposición a sangre infectada. Una vez el sistema inmunológico está afectado, la persona es susceptible a un número de enfermedades oportunistas[6] como el sarcoma de kaposi[7] y pneumonía por pneumocystis carinii[8]. Las personas infectadas con el virus HIV se diagnostican con SIDA si desarrollan ciertas enfermedades como el sarcoma de kaposi y la pneumonía (Fraser, 1989).

Existe una diferencia entre HIV y SIDA. El SIDA es una condición causada por el virus de inmunodeficiencia humana. Afecta al sistema de inmunidad disminuyendo la posibilidad de combatir las infecciones. Para diagnosticar el virus, es necesario una categorización sistemática de la infección del HIV. Desde que se reconoció el síndrome en el 1981, se han producido varios sistemas de clasificación de la enfermedad. Se han identificado diferentes categorías del síndrome de acuerdo a sus características clínicas. Las categorías van desde el paciente asintomático hasta la categoría número siete del paciente con SIDA y con enfermedades oportunistas, con o sin sarcoma de kaposi (Ostrow, 1987).

La definición del síndrome de mayor aceptación, la cual ha sido modificada en varias ocasiones, es la del Center for Disease Control[9]

en Atlanta, Georgia. Según el CDC, el SIDA es una enfermedad moderadamente predictiva con un defecto en la célula que controla la inmunidad del organismo. Ocurre en una persona en la cual no se conoce causa para disminuir la resistencia a la enfermedad (Ostrow, 1987).

Origen

El primer informe de SIDA provino del CDC en Atlanta, Georgia en el 1981. Se describieron cinco casos de jóvenes homosexuales, previamente sanos, que habían sido tratados en hospitales de los Angeles, California de una infección pulmonar rara: pneumonía por pneumocystis carinii. Esta infección sólo puede ocurrir en individuos con un sistema inmunológico deteriorado el cual con anterioridad, se había relacionado, casi de manera exclusiva, con pacientes con un sistema inmunológico defectuoso (Daniels, 1986). La aparición de la pneumonía por pneumocystis carinni, el sarcoma de kaposi y el hecho de que todos los pacientes eran homosexuales, sugirió una nueva enfermedad de tipo adquirida y no hereditaria.

Según Daniels, la frecuencia tan elevada del sarcoma de kaposi en Africa Central, particularmente en Zaire, reveló que el SIDA se originó en esta región. La falta general de instalaciones médicas y la presencia de otras infecciones, en esta región, posiblemente evitó que se descubriera una infección por inmunodeficiencia.

El ambiente con una mortalidad infantil elevada, en particular por enfermedades infecciosas y desnutrición, podrían predisponer a la adquisición del agente.

En Africa la inyección es un medio popular para la introducción de drogas al cuerpo y es mucho más probable que el SIDA se haya diseminado por el uso de jeringuillas sucias. Se ha pensado que la transmisión pudo originarse por contacto homosexual pero, dado el hecho de que la sexualidad es un tabú, es difícil obtener información sobre la vida sexual de los africanos. La movilidad poblacional de las comunidades rurales a las ciudades y la posibilidad de contacto con visitantes extranjeros, podrían llevar el agente infeccioso a nuevas localidades como los Estados Unidos. Sin embargo, todo ésto es sólo una especulación ya que es también posible que los homosexuales hayan introducido el SIDA en Africa a través de las festividades de los estadounidenses homosexuales (Daniels, 1986).

Transmisión

En un principio se pensó que el SIDA sólo afectaba a cierto grupo de personas. Sin embargo, conforme se ha obtenido información sobre la enfermedad, se ha aclarado quiénes y cómo pueden contagiarse (Uribe, 1988). De acuerdo con el informe sobre el SIDA del Servicio de la Salud Pública de los Estados Unidos (1987), a pesar de que el SIDA fue descubierto en la comunidad homosexual, no es una enfermedad exclusivamente de homosexuales.

El SIDA puede atacar a cualquier persona. El mayor riesgo de contagio del SIDA ocurre por vía de conductas tales como las siguientes:

1. Relaciones sexuales con personas infectadas.
2. Intercambio de agujas infectadas.
3. Por transfusión de sangre, aunque ya este riesgo es mínimo.
4. Madres infectadas quienes pueden infectar a los recién nacidos.

Las personas hemofílicas están en riesgo de contagio por recibir transfusiones de sangre. El virus puede penetrar al sistema circulatorio a través del uso de jeringuillas infectadas. Por lo tanto, existe la posibilidad de contagio por transfusiones de sangre. Una persona puede contaminarse por tener relaciones sexuales con una persona infectada. El virus puede entrar al sistema circulatorio a través del recto, la vagina o el pene y el uso de jeringuillas infectadas.

No hay evidencia de transmisión o propagación del virus del SIDA por contacto casual. El SIDA no se transmite al saludarse con las manos, besarse en la mejilla, compartir una oficina o un salón de clases, comer alimentos preparados por una persona infectada, estornudar, toser, tener contacto con los animales, donar sangre, ni en las piscinas, de los asientos del inodoro o al tomar agua en fuentes de agua (Fraser, 1989).

Es "extremadamente improbable" que el SIDA pueda ser trasmitido de persona a persona por picaduras de mosquitos. Se han realizado experimentos para demostrar si el virus HIV puede sobrevivir suficiente tiempo en un insecto y se ha demostrado que es

"teóricamente posible"[10], pero la probabilidad de contagio es extremadamente baja ("Study says AIDS", 1987).

El virus del SIDA se ha encontrado en la saliva, pero ésto no es frecuente ya que el virus HIV se ha encontrado sólo en un caso de 83 pacientes infectados estudiados (Fraser, 1989). La saliva parece bloquear las células infectadas con el HIV de las células saludables. En estudios realizados con empleados de cuidado de salud y niños, quienes han sufrido mordidas de personas infectadas con el HIV, éstos no han presentado evidencia de transmisión. Los científicos están investigando sobre la transmisión por medio de mordeduras, pero han señalado que es teóricamente posible (Fraser, 1989).

Discriminación

Aunque se conoce cómo se puede trasmitir el SIDA, existe mucha discriminación contra las personas infectadas y sus familiares. Con solo mencionar el SIDA, se provoca el miedo del público. Este miedo está resultando en una mayor tragedia para las víctimas del SIDA. Estas se sienten rechazadas y tratadas como leprosos. Los familiares y amigos de las víctimas son objeto del mismo estigma (The new lepers, 1985). Además, la protección legal contra la discriminación ha sido inconsistente. Según Hilts (1990), en un mismo pueblo un maestro con SIDA no puede ser despedido, porque las escuelas públicas están protegidas por leyes federales; pero una

persona que trabaja en un banco, puede perder su empleo con sólo percibirse erróneamente que es portador del virus.

Los casos de discriminación varían. Desde médicos que no atienden a los pacientes con SIDA, hasta mujeres que pierden sus empleos por ofrecer servicios como voluntarias en clínicas que atienden pacientes con SIDA. Herek y Glunt (1988), revisaron dos de los principales estigmas asociados con el síndrome: la identificación del SIDA como una enfermedad mortal y la asociación del SIDA con grupos estigmatizados como los homosexuales o los adictos a drogas.

Algunos ejemplos de discrimen por la ignorancia respecto a su transmisión son los siguientes (Herek y Glunt,1988):

> En Massachusetts en el 1986, se le ordenó a una maestra tomar vacaciones por enfermedad y luego renunciar a su empleo por rumores de que se estaba tratando contra el SIDA (Herek et al., 1988).
>
> En White Plains, New York en el 1987, un cartero rehusó entregar el correo por dos semanas a la oficina AIDS Task Force por miedo a contraer el SIDA (Herek et al., 1988).
>
> En Arcadia, Florida en el 1987, un barbero rehusó recortar el cabello a tres niños infectados con el síndrome[11] y el ministro sugirió a la familia que se mantuvieran fuera de los servicios dominicales. Eventualmente, quemaron su casa (Herek et al., 1988).
>
> Christopher Monckton en el 1987, escribió una carta al editor de la revista American Spectator: "cada miembro de la población debe ser evaluado mensualmente para detectar la presencia de anticuerpos contra el SIDA, y todos aquellos que están infectados con el virus, aún si

> son sólo portadores, deben ser aislados compulsoriamente, de inmediato y permanentemente" (Herek et al., 1988).
>
> En el 1986 en el New York Times, William F. Buckley, Jr. propuso que toda persona diagnosticada con el virus debía ser tatuada en el antebrazo para proteger a los usuarios comunes de drogas intravenosas y prevenir a otros homosexuales (Herek et al., 1988).
>
> En agosto de 1990, los padres de una escuela se opusieron a que un niño y una niña con el virus del SIDA ingresaran al kindergarten. (Millán, 1990).

En California, el 3 de febrero de 1991, el soldado Mark Rogers se encontró culpable por desobedecer las órdenes de notificar a su pareja sexual que había dado positivo en la prueba del virus. Al señor Rogers, quien dio positivo en el 1989, (tres años después de registrarse en el ejército) se le ordenó notificar, bajo un reglamento del ejército entró en efectividad el 1 de abril de 1988, a todas sus parejas sexuales de los resultados de las pruebas. Fue sentenciado a diez años de cárcel, aunque por un acuerdo servirá por sólo cuatro años ("Soldier is", 1991, p. 12).

Según Hunter, la discriminación aumenta más aceleradamente que la enfermedad y, "la conducta de las personas no ha cambiado aunque sí su conocimiento". Nan D. Hunter (Hilts, 1990) revisó 13,000 casos registrados de discriminación contra las personas con SIDA. Muchas personas, aún conociendo que el virus no puede ser trasmitido por contacto casual, con frecuencia evitan que las personas infectadas consigan empleo, hospedaje, seguro o cuidado médico.

Sin embargo, alrededor de un 30% de los casos registrados de discriminación no fueron contra las personas infectadas con el virus, sino contra aquellas personas que se percibían en alto riesgo de contagio o eran portadores del virus. En el 1984, el número de casos de discriminación que se registraron en el ambiente laboral fue de 400 y para el año 1988 aumentó a 92,548 casos.

Según el testimonio de Patrick Heney, paciente de SIDA, que murió el 6 de febrero de 1988 en Florida, el SIDA carga un estigma de vergüenza y culpa, sugiriendo que los que están enfermos es porque tienen la culpa de estarlo (Haney, 1988). Las personas infectadas con el síndrome son objeto de hostilidad cuando lo que necesitan es apoyo de la sociedad. El SIDA lleva un doble estigma ya que es una enfermedad mortal y se transmite por conductas específicas comunes entre los homosexuales y los usuarios de drogas intravenosas. A las personas con SIDA se les culpa frecuentemente por causar su condición mediante conductas de riesgo.

De acuerdo con Des Jarlais, Friedman & Hopkins (Herek et al., 1988), la propia definición de SIDA conlleva estigma. La definición promueve que las personas se sientan protegidas si no son homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, haitianos o hemofílicos.

Al comienzo de la enfermedad, se propuso un nombre para el síndrome: Gay-Related Immune Deficiency (GRID). Esto no fue acertado al descubrirse que el SIDA puede ser transmitido a otros grupos como los usuarios de drogas.

Además, el uso frecuente de la frase "el público en general" como opuesto a "grupos de alto riesgo" distingue entre estar dentro o fuera de un grupo lo cual promueve la discriminación. Sin embargo, las personas que contraen el SIDA por otro medio que no sea por la conducta homosexual o por el uso de las drogas intravenosas está categorizado como "víctimas inocentes".

Prevención

De acuerdo con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Servicio de, 1987), las parejas que mantienen una relación monógama (un solo compañero sexual) están protegidas del SIDA por transmisión sexual. Si se ha tenido una relación sexual monógama durante los últimos años y su pareja también ha tenido una relación monógama no hay riesgo. Sin embargo, si se han tenido relaciones sexuales con más de una persona existe el riesgo de contagio. La seguridad absoluta requiere mantener una relación sexual mutuamente monógama y no haber usado drogas ilícitas intravenosas.

Las guías generales para la prevención son las siguientes (Quackenbush, 1988):

1. Abstenerse del sexo o si se va a tener relaciones sexuales, no permitir que el semen, las secreciones vaginales, la sangre, orina o las heces de una persona infectada entren al cuerpo. Utilizar condo-nes para cualquier tipo de relación sexual.

2. Si se desconoce si la pareja sexual está infectada con el virus, debe tener un comportamiento sexual seguro. Con mirar a una persona no se puede saber si está infectada.

3. Abstenerse del uso de drogas intravenosas. No compartir agujas bajo ninguna circunstancia.

4. No compartir razuradoras o cepillos de dientes con una persona infectada porque puede haber exposición con cantidades mínimas de sangre.

Según Ammann (1987), debido a que la mayoría de los niños con SIDA adquieren el virus a través de su madre, se deben dirigir los esfuerzos hacia la modificación de la conducta sexual de las adolescentes y adultos activos sexualmente, alterar su estilo de vida sexual, el número de parejas sexuales y el abuso de las drogas intravenosas. Sin embargo, entre un 60% a un 75% de los infantes que nacen de madres infectadas han nacido sin problemas.

Para la prevención del SIDA se está utilizando la orientación al público. Debido a que no existe cura para el síndrome, se está educando al público fomentando prácticas seguras para eliminar la transmisión del virus. Se está aconsejando a todas las personas activas sexualmente a abstenerse de tener relaciones sexuales anónimas con personas cuyo historial sexual y estado de salud es desconocido. Se está orientando para que se eviten las relaciones sexuales anales y cualquier otra actividad que pueda resultar en contacto de sangre-sangre o semen-sangre y se estimula el uso de condones para reducir la exposición directa con los fluídos del cuerpo. A los homosexuales y bisexuales se les está aconsejando someterse a la prueba de anticuerpos al virus del SIDA voluntariamente y a los usuarios de drogas se les está advirtiendo que no deben compartir

las agujas. A las mujeres, que han sido usuarias de drogas intravenosas o que han tenido relaciones sexuales con hombres infectados y están embarazadas, se les está recomendando someterse a la prueba de anticuerpos del virus para determinar su condición antes del embarazo y posponer el embarazo de ser necesario (Cuomo y Axelrod, 1988).

Diversos grupos ocupacionales están realizando actividades de seguridad higiénica con pacientes de SIDA. Estos se ponen en contacto con los pacientes de SIDA y le enseñan prácticas seguras para prevenir el contacto directo con la sangre y los fluídos del cuerpo. Se están efectuando cernimientos de sangre. Toda la sangre recolectada en los Estados Unidos se evalúa contra los anticuerpos del HIV. La sangre contaminada se elimina. Se está aconsejando a las personas de alto riesgo de contagio al virus que no deben donar sangre. Los bancos de esperma y órganos, por instrucciones del CDC, no aceptan donaciones de personas que dan positivo a los anticuerpos del virus (Cuomo et al., 1988).

SIDA pediátrico

El CDC define el paciente con SIDA pediátrico como un niño menor de 15 años que ha tenido un diagnóstico confiable de la enfermedad que indique, por lo menos en forma moderada, una inmunodeficiencia celular; o que no se conozca alguna otra causa registrada asociada con la enfermedad que reduzca su resistencia.

La definición modificada del SIDA en los niños es la siguiente: que tengan un historial de riesgo asociado con el virus, evidencia de la infección con el virus HIV y evidencia de inmunodeficiencia de las células T (Ammann, 1987).

De acuerdo con Ammann (1987), las enfermedades que indican inmunodeficiencia celular en los niños son las mismas que en los adultos a excepción de las enfermedades congénitas, como el herpes, durante el primer mes de nacimiento. Algunos niños pueden permanecer asintomáticos durante cuatro años o más, pero los infantes infectados en el útero tienen un intérvalo de ocho meses para presentar los síntomas. La infección con el virus HIV tiene un período de incubación de aproximadamente ocho semanas y los síntomas iniciales de SIDA en los niños son difíciles de reconocer (Ammann, 1987).

La transmisión del HIV en los niños puede ocurrir de tres formas:

1. Por medio de la madre: en el útero, a través de la placenta por las secreciones vaginales y por la leche materna.

2. En la sangre: por transfusiones, por el abuso de las drogas intravenosas y por productos de coagulación de la sangre.

3. Abuso sexual o contacto sexual.

Según Ammann, existe un grupo de alto riesgo de SIDA pediátrico. Estos son los niños de madres infectadas con el virus; niños que recibieron transfusiones de sangre entre el 1979 y el 1985; los niños hemofílicos y los niños abusados sexualmente.

El aumento en el número de las mujeres infectadas con el virus HIV conlleva un incremento en el número de los niños infectados, ya que una madre infectada puede contagiar a su niño durante el embarazo, el parto o a través de la leche materna. Es frecuente que cuando un bebé nace y se le detecta el virus HIV, la madre no sepa que es portadora, por encontrarse aparentemente, saludable. La transmisión perinatal es tan eficaz para la transmisión como una transfusión de sangre infectada, ya que el virus llega al niño a través de la placenta. La transmisión puede ocurrir en el momento del parto, cuando el bebé pasa por la vagina y entra en contacto con las secreciones vaginales o la sangre infectada. El virus HIV también puede encontrarse en la leche materna (Uribe, 1988). Sin embargo, la lactancia natural no es una vía de infección (Nicoll y Machera, 1990). Son muy pocos los casos registrados de posible transmisión por este medio. Una mujer embarazada e infectada con el virus tiene una probabilidad entre 40 a 70% de transmitir la infección a su bebé (Nicoll, 1990). El riesgo de que una madre infectada transmita el virus a su hijo al momento del parto es de un 25 a un 30% (Nicoll et al., 1990).

El Programa Mundial sobre el SIDA y la División de Salud de la Familia, organizaron una reunión de consulta sobre la lactancia natural, la leche materna y la infección por el HIV en junio de 1987 ("Lactancia", 1990). El propósito de la reunión fue examinar la información sobre la posible relación entre la lactancia natural, la leche materna y la transmisión del virus HIV. A esta reunión

asistieron 20 especialistas de 15 países en epidemiología, inmunología, virología, pediatría y nutrición. Los resultados fueron los siguientes: la posibilidad de transmisión del HIV por medio de la lactancia natural o la leche materna se apoya en un informe de que el virus puede cultivarse en muestras de la leche materna infectada. Sin embargo, todavía no se ha definido el riesgo de trasmisión del HIV de la madre al niño por medio de la lactancia natural. La información sugiere que de ocurrir el riesgo a contagio con el virus HIV, este es relativamente pequeño en comparación con la transmisión en el útero antes o durante el parto.

Algunas de las manifestaciones que se presentan en los niños son anomalías en el crecimiento. En los bebés la enfermedad puede avanzar muy rápidamente y algunos pueden morir durante las primeras semanas de vida. Otros, quizás no se enfermen hasta después de los seis meses. Algunos bebés no presentan señales de infección y presentan los síntomas años más tarde. Los primeros síntomas de un bebé infectado son anomalías en el crecimiento, diarrea crónica, infecciones gastrointestinales, linfoma[12] en el cerebro, enfermedades cardiacas y desnutrición. Según Penneys (1990), los niños infectados con el síndrome tienen deterioro en el crecimiento, microcefalia y anormalidades craniofaciales, frente prominente, puente nasal plano, ojos oblícuos o torcidos, nariz corta y labios abiertos extendidos.

Uno de los aspectos que hace difícil el diagnóstico de SIDA en los niños es la presencia de las enfermedades típicas que la mayoría

de los niños presentan. Si un niño desarrolla un enfermedad bacterial como la pneumonía, esto no es suficiente para determinar que el niño tiene SIDA, aún cuando puede ser un síntoma de la enfermedad (Quackenbush y Villarreal, 1988).

Algunos síntomas clínicos del SIDA pediátrico son similares a los del adulto. Ejemplo de ello son la fiebre, la pérdida de peso, los malestares, e infecciones crónicas recurrentes. Como en los adultos, las enfermedades oportunistas son frecuentes, pero los niños experimentan más enfermedades bacteriales como la pneumonía, la cual ocurre en sobre un 70% de los niños. Hasta la fecha, el sarcoma de kaposi no se ha manifestado en los niños (Berkowitz, Rakusan, McIlveen y Ahlstrom, 1990). Sin embargo, la pneumonía o penumocystis carinni es la enfermedad oportunista más reconocida en los niños con SIDA (Sivit y Potter,1990).

Los adultos pueden ser portadores del virus del SIDA por un número de años, sin embargo, los recién nacidos infectados se enferman generalmente un año después del nacimiento. Esto ocurre probablemente porque los recién nacidos no tienen el sistema inmunológico completamente desarrollado y la resistencia natural a los virus es menor. Muchos de los infantes que nacen con la infección del virus han muerto a los 18 meses de edad (Quackenbush et al., 1988).

SIDA pediátrico en el contexto de la Educación Especial

Es necesario hacerse la siguiente pregunta: ¿qué ambiente educacional beneficiaría más a un estudiante con impedimentos y con el virus del SIDA? Marie Smith (1991) realizó un estudio con el propósito de investigar la necesidad de los estudiantes con el virus HIV de tener acceso al programa de educación especial y los servicios relacionados, de acuerdo a su condición específica. La muestra del estudio consistió de 72 administradores de escuelas públicas en el estado de Arizona. Cada uno de los administradores completó un instrumento de 20 preguntas relacionadas a las guías del CDC, la Ley Pública 94-142 y el Acta de Rehabilitación Sección 504 del 1973. Además, incluyeron cuatro preguntas relacionadas con la ubicación y los servicios educativos para el niño con SIDA en el programa de educación especial.

Los resultados indicaron que la mayoría de los administradores están de acuerdo: con los derechos de educación para todos los niños, la necesidad de un cernimiento de salud, el efecto que tiene la enfermedad del SIDA en la ejecución escolar y la necesidad de servicios relacionados para los niños con HIV (Smith, 1991). Los administradores indicaron que una enfermedad crónica es un impedimento, que los niños con SIDA pueden recibir educación especial. Los administradores indicaron la necesidad de mayor información educativa sobre el SIDA y los diferentes tipos de impedimentos para considerar a los niños con SIDA como impedidos.

Además, indicaron no estar orientados sobre los servicios relacionados para los niños con SIDA y sobre los derechos educacionales de los niños con SIDA.

Un niño con SIDA bajo el programa de educación especial necesita de una atención especial bajo el estricto consentimiento de un médico. El caso de Eliana Martínez presentó esta controversia (Martínez v. School Board of Hillsborough City, Florida, 1988). Un niño bajo la protección legal de la Ley Pública 94-142 y diagnosticado con el virus HIV necesita cambios en su Programa Educativo Individualizado (Fraser, 1989).

El equipo multidisciplinario debe preparar el Programa Educativo Individualizado y es responsable de efectuar los cambios que sean necesarios en el programa del estudiante de educación especial. Para la toma de decisiones deben considerarse las opiniones de los médicos conocedores del síndrome, el médico del estudiante y un oficial de salud pública. Sólo el personal relacionado con el equipo multidisciplinario, debe asumir la responsabilidad de efectuar cambios en el programa del estudiante. Todas las personas involucradas en el proceso de ubicación deben mantener la información en estricta confidencialidad. El grupo de personas debe ser pequeño e incluir sólo a aquellas personas que resulte necesario involucrar. Un grupo grande hace más compleja la toma de decisiones.

Según Fraser (1989), el superintendente escolar debe llevar a cabo un procedimiento de ubicación diferente para el niño infectado con SIDA al que sigue con los demás estudiantes. Sin embargo, los

estudiantes infectados con el virus HIV necesitan alterar frecuentemente su itinerario de clases debido a la enfermedad. Al igual que los demás estudiantes, un niño infectado con el virus HIV con una infección secundaria como varicelas o sarampión debe permanecer en el hogar.

Existe confusión respecto a si un niño infectado con el síndrome, sin otro impedimento, está cubierto por la Ley Pública 94-142 y si debe ubicarse en el programa de educación especial. Según Fraser (1989), un estudiante infectado con el virus HIV, que no manifieste los síntomas de la enfermedad y sin impedimento, no debe ubicarse en el programa de educación especial. El sistema escolar puede estar violando el Acta de Rehabilitación Sección 504 si un estudiante infectado se segrega innecesariamente ubicándolo en el programa de educación especial[13] (Fraser, 1989).

Un estudiante infectado con el virus HIV, que nunca haya tenido otro impedimento antes del contagio con el virus HIV, eventualmente necesitará cambios en su programa escolar debido al deterioro de su salud. Los padres de este niño con SIDA pueden solicitar elegibilidad al programa de educación especial y a la protección de la Ley Pública 94-142. Sin embargo, el reglamento del programa de educación especial debe clarificar la categoría "otros impedimentos de salud"[14] para que los estudiantes con HIV puedan recibir los servicios (Fraser, 1989).

Trayectoria histórica y legal de la educación del niño con SIDA

No existe evidencia de que el virus del SIDA pueda ser transmitido a través del contacto casual (Welner, 1986), pero éste ha sido el mayor punto de interés en los casos presentados en corte. En junio de 1985, el CDC celebró una reunión en Atlanta, Georgia para evaluar la educación del niño con SIDA. Como resultado de esta reunión, el 30 de agosto de 1985 se publicó un informe con información y recomendaciones relacionadas con la educación, cuidado diurno y hogares adoptivos para los niños infectados con el síndrome. Entre las recomendaciones se determinó que un niño infectado debe ser aceptado en el sistema escolar en un ambiente no restringido, a no ser que tenga un impedimento neurológico, falta de control en las secreciones corporales o que muerda a los demás (Schwarz y Schaffer, 1985).

Negar el acceso a la educación en el salón de clases en las escuelas públicas por tener el virus del SIDA, ha afectado tanto a los niños como a sus padres. La representación legal de un niño con HIV, que busca la admisión en la escuela pública, es una tarea altamente compleja (Ginzburg y Hanlon, 1990).

Los niños con SIDA usualmente están crónicamente enfermos y es improbable que asistan a la escuela. Sin embargo, si se encuentran lo suficientemente bien como para asistir a un salón de clases, deben ser admitidos sin ninguna restricción. Los pacientes de SIDA requerirán de unas medidas especiales (Ammann, 1987):

1. Un límite de estudiantes por clase para disminuir la exposición a agentes infecciosos. Los niños con SIDA están más propensos al contagio con enfermedades infecciosas que los demás estudiantes.
2. Tratamiento con globulina si el niño con SIDA se ha expuesto a varicelas o a alguna otra enfermedad infecciosa.
3. Eliminar los requisitos de inmunización para la admisión escolar a los niños con el virus HIV. Un niño con SIDA no puede recibir las inmunizaciones que regularmente se exigen para la admisión al sistema escolar.

Casos relacionados con SIDA en el sistema escolar

El SIDA ha afectado al sistema escolar. El miedo al contagio ha resultado en actitudes de rechazo entre el público. El propósito de incluir algunos casos es crear consciencia sobre mejores prácticas educa-tivas para evitar el discrimen contra los niños con SIDA.

Los casos que se presentan a continuación están relacionados con enfermedades infecciosas como la hepatitis[15] y la tuberculosis[16], y establecieron precedente para resolver los casos de infección con el virus del SIDA. El caso de Eliana Martínez, niña con impedimentos físicos y mentales infectada con el HIV, contribuyó significativamente a establecer el principio legal para la educación del niño con SIDA y que también recibe los servicios del programa de educación especial (Ginzburg et al., 1990).

Los casos incluyen el discrimen contra 48 niños con hepatitis, contra un maestro de educación elemental con tuberculosis, el derecho a la confidencialidad del niño con SIDA, y la exclusión y segregación del niño con SIDA del salón de clases. Las leyes que juegan un rol predominante en estos casos son el Acta de Rehabilitación Sección 504 y la Ley Pública 94-142 en relación a la violación del derecho de una libre educación para todos los niños con impedimentos.

CASO I
New York State Association for Retarded Children v. Carey (612 F. 2d 644,1979)

DEMANDANTES: *THOMAS A. COUGHLIN III, Comisionado de la Oficina de Retardación Mental y Limitaciones en el Desarrollo. CHRISTINE WEST en beneficio de su hijo menor MARK WEST y en beneficio de todos en una situación similar.*
DEMANDADOS: *HUGH L. CAREY, Gobernador del Estado de Nueva York THE BOARD OF EDUCATION OF THE CITY OF NEW YORK FRANK J. MACCHIAROLA Y CHARLES I. SCHONHAUT.*
FECHA: *10 de diciembre de 1979.*
LUGAR: *New York.*

Este caso alteró la decisión de la Junta de Educación de la ciudad de Nueva York que excluía a 48 niños con retardación mental de las clases regulares por ser portadores de hepatitis. La Junta de Educación estaba obligada a justificar y demostrar su plan de exclu-

sión debido a que la corte había determinado, a primera vista, que el caso era uno de discriminación contra los niños con impedimentos.

Según la Corte, si la Junta de Educación no demostraba su justificación de la exclusión, violaba el Acta de Rehabilitación. La exclusión y aislamiento de un niño, meramente porque tiene alguna condición médica que pueda representar un riesgo de transmisión a otros estudiantes, viola el Acta de Rehabilitación.

El plan original de la Junta fue excluir a los niños portadores de hepatitis de asistir a la escuela pública a tiempo completo. Luego el plan se enmendó permitiendo que los estudiantes portadores asistieran a clases segregadas.

La Corte sostuvo que el plan de la Junta violó el Acta de Rehabilitación porque los estudiantes eran impedidos según las definiciones del Acta. Estos niños fueron excluídos de las actividades escolares y no existía justificación sustancial alguna para su exclusión.

El caso resultó en beneficio de los demandantes debido a que la Junta de Educación violó el Acta de Rehabilitación. La Junta escolar falló en presentar evidencia de la posibilidad de transmisión de hepatitis en el ambiente escolar y su plan de exclusión de los niños no presentó ninguna justificación. Este caso no está directamente relacionado con la transmisión del virus del SIDA, pero constituye un precedente contra la discriminación de niños que sufren enfermedades infecciosas.

CASO II
Arline v. School Board of Nassau County
(772 F. 2d 759,1985)

DEMANDANTE: *GENE H. ARLINE*
DEMANDADO: *THE SCHOOL BOARD OF NASSAU COUNTY y GRAIG MARSH, Superintendente escolar en el Condado de Nassau en Florida.*
FECHA: *30 de septiembre de 1985.*
LUGAR: *Florida.*

Gene H. Arline, un maestro de escuela elemental, fue despedido por sufrir de tuberculosis. En este caso se alegó que su despido como maestro de escuela elemental, violaba el Acta de Rehabilitación.

Gene Arline contrajo tuberculosis en el 1957 a los catorce años de edad. Se empleó como maestro de escuela elemental en Nassau County, Florida en el año 1966. Realizó su labor durante trece años. Arline sufrió tres recaídas de tuberculosis, uno en el 1977 y dos en el 1978. Después de su tercera recaída, la Junta de Educación lo despidió.

Arline alegó en la Corte Federal que su despido constituía una violación de la Sección 504 del Acta de Rehabilitación del 1973. Sostuvo que su susceptibilidad hacia la tuberculosis lo convirtió en "una persona con impedimento" dentro del significado del Acta de Rehabilitación y que la Junta de Educación había violado el Acta.

Uno de los argumentos de Arline fue que su impedimento no le limitaba en su empleo porque el riesgo de contagiar a los estudiantes era mínimo. Planteó que la decisión de expulsarlo era irrazonable y discriminatoria. Reclamó al distrito escolar un "acomodo razonable"

para continuar empleado. Arline sugirió a la Corte varios cambios para permanecer como empleado. Entre estos, una posición de tipo administrativo o una posición de enseñanza temporera a estudiantes de mayor edad o adultos con menor riesgo de contagio, hasta que obtuviera las credenciales para certificarse como maestro en otras áreas que no fuese en escuela elemental.

El caso favoreció a la Junta de Educación. La Corte del distrito no encontró suficiente evidencia para garantizar que Arline no representaba un riesgo de contagio en su posición como maestro de escuela elemental. La Junta escolar quedó exenta de realizar cualquier ajuste de empleo para Arline.

CASO III
District 27 Community School Board v. Board of Education of the City of New York
(502 N.Y.S. 2d 325 Sup. 1986)

DEMANDANTE:	*DISTRICT 27 COMMUNITY SCHOOL BOARD por su Presidente SAMUEL GRANIRER y como padre de Pamela Granirer y Samuel Granirer en el Distrito 29.*
DEMANDADOS:	*THE BOARD OF EDUCATION OF THE CITY OF NEW YORK NATHAN QUIÑONES, Canciller de la Junta de Educación de la ciudad de Nueva York. JAMES F. REGAN, Presidente de la Junta de Educación de la ciudad de Nueva York. DAVID J. SENCER, Comisionado de Salud y el DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK.*
FECHA:	*11 de febrero de 1986.*
LUGAR:	*New York.*

Dos juntas escolares del Distrito 27 y 29 de la ciudad de Nueva York solicitaron a los oficiales de educación y al Comisionado de Salud que demostraran la razón por la cual admitieron a un niño con SIDA, no identificado, en el sistema escolar de la ciudad de New York. El Comisionado de Salud señaló que el niño, no identificado, de siete años de edad y diagnosticado con SIDA, había funcionado efectivamente durante los pasados tres años y debía continuar en la escuela manteniendo su estricta confidencialidad.

Las juntas escolares de Queens pasaron una Resolución el 27 de agosto de 1985 a los fines de que ningún niño, con SIDA o con familiar con SIDA, podía asistir a las escuelas públicas de estos distritos. Luego de anunciarse la decisión, el 9 de septiembre de 1985 algunos padres organizaron un boicot escolar. Este caso se presentó a la Corte Suprema buscando un acuerdo en la admisión del niño con SIDA. La Junta Escolar y los oficiales escolares intentaban conocer la identidad del niño.

La Corte Suprema de Queens, dirigida por el Sr. Harold Hyman, J., sostuvo que, por ley, no estaba permitido excluir a los niños con SIDA del salón de clases. Sostuvo, además, que la exclusión de estos niños violaba los derechos e igualdad de protección de la ley bajo el Acta de Rehabilitación.

El 30 de agosto de 1985 se emitió un Estado de Acuerdo por el Alcalde Edward I. Kock; el Canciller de las escuelas de la ciudad de Nueva York, Nathan Quiñones; el Presidente de la Junta de Educación, James F. Regan y el Comisionado de Salud, Dr. David J. Sencer.

Especificaba que los niños con SIDA no podían excluirse de las escuelas públicas de la ciudad de Nueva York, pero que se debía revisar cada caso individualmente para determinar si la salud y el desarrollo del niño le permitían asistir a la escuela en un ambiente no restringido.

El Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York y los miembros del panel acordaron revisar individualmente la condición de cada niño identificado con SIDA. Además, se señaló que se ofrecerían recomendaciones sobre la ubicación apropiada en el salón de clases para cada niño identificado con SIDA.

Luego de haber escuchado el testimonio de los médicos, la corte concluyó que no había condición alguna para que el Departamento de Salud o la Junta de Educación excluyeran a los niños con SIDA del sistema escolar. La Corte señaló lo siguiente:

> "Ya que no existe ningún riesgo aparente de transmisión en la escuela por evidencia de los datos acumulados durante cinco años de experiencia con la enfermedad... Al mismo tiempo se debe evaluar el asunto de la exclusión objetivamente de acuerdo a la evidencia obtenida y no dejarse influenciar por miedos infundados".

CASO IV
Thomas v. Atascadero Unified School District
(662 F. Supp. 376 C. D. Cal., 1987)

DEMANDANTES:	*ROBIN THOMAS Y JUDY THOMAS, padres de RYAN THOMAS.*
DEMANDADOS:	*ATASCADERO UNIFIED SCHOOL DISTRICT Y ANTHONY AVINA, KENNETH BECK, RAY KING, CARL BROWN, LESLIE HAYNES, EMILIE LASALLE, SUSAN MOLLE Y JEAN THIEBAUD en sus capacidades oficiales.*
FECHA:	*20 de febrero de 1987.*
LUGAR:	*California.*

Los padres de Ryan Thomas, niño infectado con el virus del SIDA, iniciaron una acción legal contra el distrito escolar y los oficiales escolares para que se le permitiera a Ryan asistir a sus clases regulares de kindergarten. La Corte del distrito sostuvo que el niño era "impedido" para propósitos del Acta de Rehabilitación.

El niño estaba cualificado, por todo lo demás[17] para asistir a las clases regulares de kindergarten para efectos del Acta de Rehabilitación, en ausencia de evidencia que demostrara un riesgo significativo de contagio para los demás compañeros de clase o maestros.

El 17 de noviembre de 1986, se celebró una Vista Preliminar de la Moción de los demandantes y se determinó lo siguiente:

> "A cada uno de los demandados, oficiales, agentes, sirvientes, empleados, futuro personal, abogados y otras personas que actúen en consentimiento o participen con éstos, le está prohibido la exclusión del hijo del demandante...".

Como resultado de éste caso el 20 de febrero de 1987, la Corte dictó lo siguiente:

> "Está prohibido excluir al niño Ryan Thomas de asistir al kindergarten, al cual ha asistido del 3 al 8 de septiembre de 1986 en el Distrito Escolar Unificado Atascadero, a menos que dicha exclusión sea consistente con la Sección 504 del Acta de Rehabilitación y ocurra en estricto cumplimiento con el Código de Educación de California Sec. 48213 y el debido proceso requerido por los Estados Unidos y la Constitución de California. Los demandantes serán recompensados con la cantidad de $40,000 para cuotas de abogados y $2,387.50 en costos".

CASO V
Ray v. School District of DeSoto County
(666 F. Supp. 1524 M. D. Fla. 1987)

DEMANDANTES:	*CLIFFORD RAY Y LOUISE RAY como padres de los menores, RICHARD, ROBERT Y RANDY RAY.*
DEMANDADOS:	*SCHOOL DISTRICT OF DESOTO COUNTY Y LAWRENCE D. BROWNING, MARILYN P. MIZELL, JAMES WESTBERRY, RODNEY HOLLINGSWORTH, T. A. STRICKLAND, PHYLLIS NESMITH, RONNIE ALLEN, JAMES ABRAHAM Y DONALD E. KNOCHE, en sus capacidades oficiales.*
FECHA:	*5 de agosto de 1987.*
LUGAR:	*Tampa, Florida.*

Los padres de Richard, Robert y Randy, niños hemofílicos y diagnosticados como portadores del virus de inmunodeficiencia humana, demandaron al distrito escolar de DeSoto County contra la segregación de sus hijos del ambiente escolar y de recibir instrucción

en el hogar. Alegaron violación al Acta de Rehabilitación, las leyes del estado y de la Constitución de los Estados Unidos.

La Corte del Distrito, Kovachevich, J., sostuvo que los padres tenían derecho a que se admitiera a los niños en salones regulares integrados con otros niños. Esta decisión estaba sujeta a las guías adoptadas por la Corte del CDC y la American Academy of Pediatrics para la integración de los niños. (AIDS: Recommendation and Guidelines, CDC, November, 1982-November 1986).

Los niños Ray nacieron hemofílicos con una severidad moderada. En agosto del 1986 dieron positivo al virus del SIDA. No se sabe exactamente cuándo adquirieron el virus. Según el testimonio del Dr. Barbosa, la exposición al virus HIV ocurrió antes del 1985. A ellos se les negó el acceso al salón de clases y a los beneficios sociales y educativos dentro del salón regular.

Según una evaluación psico-educativa de los tres niños (Murphy, 1990):

> "Cada uno de estos niños está sufriendo de una aflicción emocional significativa, en parte, como resultado de su exclusión contínua del salón de clases regular. Los problemas emocionales incluyen ansiedad, sentimientos de rechazo, coraje, resentimiento y miedo al rechazo social. Estos problemas se manifiestan en varias formas como mojarse la cama, cuando no lo hacían antes; episodios de llanto; desórdenes de sueño; dolores estomacales y quejas físicas".

Según la Corte, la preocupación y el miedo de la comunidad de DeSoto en Florida, la presión de los padres y la posibilidad de pleitos

no pueden alterar los derechos legales. La Corte indicó que estos niños deben ser responsables de sus propias conductas y actitudes, de acuerdo al nivel esperado a su edad, para evitar la transmisión del virus HIV en las escuelas.

La Corte dictó un comité compuesto por el médico de los Ray, el personal de salud pública, los padres de los niños y el personal del sistema escolar que estuviera asociado con su educación. Este comité debía ayudar contínuamente en la toma de decisiones sobre el tiempo en que los niños deberían permanecer integrados en el salón de clases.

De acuerdo a la Corte, los demandantes deben ser responsables de desarrollar unos altos estándares de higiene para sus hijos Richard, Robert y Randy sin importar su edad. Estos niños deben desarrollar una responsabilidad como la de un adulto para su propia protección y evitar el riesgo de contagio en el sistema escolar.

De acuerdo al Dr. Barbosa, estos niños deben evitar los deportes[18] en la escuela y cualquier incidente que pueda resultar en el derrame de sangre o intercambio de otros fluídos del cuerpo. Según el Dr. Barbosa, la Corte debía requerir que se les proveyese de una educación sexual pertinente a la transmisión de la enfermedad. Sin embargo, la Corte señaló que la misma información se debía proveer a todo el sistema escolar de la comunidad de DeSoto.

La Corte estableció unas guías en caso de que los niños Ray tuvieran que ser removidos de su salón de clases temporeramente:

1. Si la remoción del salón de clases es por cinco días o menos, la Junta Escolar debe proveer al niño asignaciones para completar en el hogar.
2. Si la remoción del salón de clases es entre cinco y trece días, la junta escolar debe proveer instrucción en el hogar durante el período de la remoción.
3. Si la remoción del salón de clases es por más de 30 días, la junta escolar deberá segregar al niño del ambiente escolar.

La Corte sostuvo que los niños Richard, Robert y Randy debían ser evaluados nuevamente del virus del SIDA cada seis meses desde la fecha de su última prueba. La Corte sostuvo, además, que los padres de los niños también debían ser reevaluados anualmente para la existencia del virus del SIDA.

CASO VI
Martínez v. School Board of Hillsborough City, Florida
(692 F. Supp. 1293 M.D. Fla. 1988)

DEMANDANTE:	*ELIANA MARTINEZ, a través de su madre ROSA E. MARTINEZ.*
DEMANDADOS:	*THE SCHOOL BOARD OF HILLSBOROUGH COUNTY*
FECHA:	*8 de agosto de 1988.*
LUGAR:	*Tampa, Florida.*

La demandante, Rosa E. Martínez, alegó que la Junta de Educación de Hillsborough, Florida violó el derecho a una educación libre y apropiada para su hija Eliana Martínez. Se alegó violación del Acta de Rehabilitación, Sección 504 y a una educación libre y apropiada en el ambiente menos restrictivo de acuerdo a la Ley Pública 94-142. Según la demandante, la ubicación en el hogar privaba a

Eliana de los beneficios de la educación en el salón de clases, como son la socialización y el modelaje.

Eliana Martínez nació en Puerto Rico prematuramente y con daño respiratorio. Recibió 39 transfusiones de sangre durante sus primeros cuatro meses de su vida. El 14 de junio de 1983, Rosa Martínez e Eliana establecieron residencia en Tampa, Florida.

Eliana fue clasificada con impedimento mental adiestrable. En septiembre de 1983, comenzó a asistir a la escuela United Cerebral Palsy en Tampa, de tres a cuatro veces en semana durante un año. En septiembre de 1984, asistió durante varios meses a Tampa Methodist Center.

Para noviembre de 1984, Eliana comenzó a sentirse enferma, sus nódulos linfáticos[19] se engrandecían y tenía infecciones en la piel. En abril de 1985 se confirmó un diagnóstico de complejo relacionado al SIDA (ARC)[20]. Luego del diagnóstico, se ubicó en el Forest Home Health Agency de julio de 1985 a diciembre de 1986, donde recibió terapia del habla, física y ocupacional.

En el verano de 1986 la madre de Eliana, Rosa Martínez, comenzó trámites para matricular a Eliana en las escuelas públicas del Condado de Hillsborough en Florida. Sin embargo, antes de esta fecha, en agosto de 1985, los demandados desarrollaron un protocolo para manejar la conducta de los niños con SIDA en el sistema escolar, aún sin tener conocimiento de la condición de Eliana. El 22 de octubre de 1985, los demandados adoptaron un plan para formar un equipo multidisciplinario con el fin de desarrollar recomendaciones

a la Junta Escolar sobre la ubicación educacional de los niños diagnosticados con SIDA. Los miembros del comité fueron: el Director Médico del Departamento de Salud del Condado de Hillsborough, el Supervisor de Servicios de Salud Escolar del Departamento de Salud, un representante de la Junta de Educación, el director general de educación para los niños excepcionales y un médico especialista en inmunología y alergias.

La condición de Eliana era la siguiente: tenía lesiones en la piel; problemas de diarrea desde hacía tres años; no estaba adiestrada para ir al baño; no se babeaba, pero se mojaba frecuentemente los dedos pulgar e índice, los cuales presentaban saliva. Eliana apenas verbalizaba respondiendo a las instrucciones con un vocabulario de aproximadamente 15 palabras. Para comunicarse, utilizaba el lenguaje de señas y medios computadorizados. No existía ningún informe que indicara que Eliana hubiera mordido a alguien.

El 11 de septiembre de 1986, el comité escolar revisó la petición de admisión de Eliana. Para tomar la decisión sobre la ubicación de Eliana, el comité utilizó el registro médico de Eliana, las guías del CDC, de la American Academy of Pediatrics e información del Dr. DeVoe. El comité recomendó que Eliana recibiera instrucción en el hogar y que se revisara su caso cada seis meses. El hecho de que Eliana era incontinente hizo que los miembros del comité estuvieran de acuerdo con la decisión. El 18 de noviembre de 1986, la Junta Escolar aceptó unánimemente la decisión del comité.

El comité revisó la situación de Eliana en dos ocasiones: el 17 de diciembre de 1987 y el 28 de junio de 1988. En ambas ocasiones recomendó que no se hicieran cambios en la ubicación ya que Eliana continuaba incontinente y no existían cambios en las guías.

En octubre de 1986, Eliana comenzó su instrucción en el hogar con Peggy Kelly, terapista del habla y ocupacional, varias veces en la semana. Los maestros de Eliana opinaban que Eliana se beneficiaría más, social y educacionalmente, si estaba junto a otros niños.

De acuerdo con el Dr. Russell, Eliana se encontraba en sus últimas etapas de vida. En agosto de 1987, el National Cancer Institute evaluó la condición de Eliana para que fuera admitida en un estudio cuyo fin era obtener la información respecto a la eficacia del medicamento AZT (Azidovudina), químico que inhibe la multiplicación del virus. Según el Dr. Pizzo, supervisor general del protocolo, Eliana mejoró con el tratamiento del medicamento AZT. Según una evaluación psicológica efectuada el 11 de julio de 1988, Eliana aumentó su cociente intelectual desde que comenzó el tratamiento. Además, pareció aprender más en salones pequeños y estructurados.

Como resultado del caso, la Corte determinó que Eliana no debía continuar recibiendo instrucción en el hogar. De acuerdo a la decisión de la Corte del distrito, Kavachevich, J., debido a que las secreciones del cuerpo, como son la orina y la saliva, tienen una posibilidad remota de transmisión del virus del SIDA, la ubicación en la escuela elemental fue el ambiente menos restrictivo y apropiado para Eliana.

La Corte ordenó que Eliana fuera ubicada en la Escuela Elemental Manhattan en el salón de clases para niños con impedimentos mentales adiestrables bajo las siguientes condiciones:

1. La Junta Escolar del Condado de Hillsborough en Florida deberá construir un salón separado para Eliana, dentro del salón de clases para niños con impedimentos mentales adiestrables, en la Escuela Elemental Manhattan, con las siguientes instrucciones:

a. El salón consistirá de, por lo menos, un cinco porciento del total cuadrado de distancia del salón de clases. El área del piso no debe ser menor de 6 x 8 pies.

b. Una pared del salón debe mostrar su interior, debe tener una puerta, asegurada para la instrucción y, una gran ventana que provea vista desde adentro hacia el salón principal. La ventana debe comenzar no más de dos pies del piso y debe comprender, por lo menos, un 40% del área de la pared. La pared no necesita extenderse hasta el techo; sin embargo, debe estar lo tan suficientemente alta que impida que cualquier niño trepe y tenga acceso al mismo.

c. El cuarto debe contener un sistema de sonido adecuado que, aunque esté ocupado y con la puerta cerrada, se pueda oír tan bien como mirar a través de la ventana lo que ocurre en el salón principal.

d. El salón debe contener una puerta de acceso al corredor de afuera sin entrar al salón principal.

e. El salón debe contener una silla, estacionaria o movible, de entrenamiento al inodoro. Además, el salón debe contener un área de trabajo apropiada, con una mesa y sillas, para un niño y un adulto, libros y juguetes apropiados y cualquier otro mueble o material necesario.

f. Por fuera de la ventana, en el salón principal, debe ubicarse una mesa baja para que los ocupantes del salón principal puedan colocar objetos para jugar y estén al alcance de la vista de los ocupantes del cuarto.

2. La Junta Escolar del Condado de Hillsborough debe proveer a Eliana de un maestro permanente y a tiempo completo que permanezca en el salón mientras se le requiera. El maestro auxiliar debe poseer educación y adiestramiento sobre la enfermedad del SIDA y cómo manejar las secreciones del cuerpo.

3. El maestro y su asistente, así como la familia de Eliana, deben adiestrar a Eliana a utilizar el baño y a que no se coloque los dedos en la boca.

4. Eliana deberá asistir a su salón mientras continúe incontinente y se ponga los dedos en la boca.

5. Se puede permitir que un niño entre a jugar con Eliana si, voluntariamente y por escrito, los padres del niño lo autorizan, absolviendo a la Junta Escolar de cualquier responsabilidad durante la interacción.

6. Asumiendo que Eliana pueda removerse al salón principal, la Junta Escolar continuará proveyendo ayuda a tiempo completo para ayudar en su educación en el salón integrado. Eliana se mantendrá razonablemente separada de los demás niños para evitar cualquier incidente de derrame de fluídos corporales.

7. Eliana permanecerá en su salón de clases a tiempo completo, a menos que permanezca en su hogar.

8. La enfermera escolar podrá evaluar si Eliana deberá integrarse en el salón de clases principal, en un día de clases en particular. No es necesario que la enfermera evalúe diariamente la integración de Eliana al salón principal.

Definición de Impedimento Bajo el Acta de Rehabilitación del 1973

Las condiciones del Acta de Rehabilitación aplican a cualquier programa que reciba ayuda fiscal federal y que ayude a cualquiera persona con impedimentos o capacitado de otra manera como con impedimento ("otherwise qualified") (Lally-Green, 1988).

En el 1974, el Congreso de los Estados Unidos expandió los reglamentos de su definición de una persona con impedimento. Un individuo con impedimento es "cualquier persona que (i) tenga un impedimento físico o mental el cuál limite sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida; (ii) tenga un registro de dicho impedimento; o (iii) esté considerado como que tiene un impedimento.

"Impedimento físico" se define como cualquier desorden, o condición fisiológica, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesqueletal; órganos especiales de los sentidos; cardiovascular; respiratorio, incluyendo los órganos del habla; reproductivo; digestivo; genitourinario; hémico y linfático; piel; y endocrino".

En el caso Arline la corte dependió de dos términos: "individuo con impedimento" y "actividades principales de la vida". Es importante definir estos conceptos para definir impedimento porque es necesario conocer si el impedimento afecta las principales actividades de la vida para un buen funcionamiento del individuo. Como "principales actividades de la vida se entienden las funciones como cuidar de sí mismo, ejecutar actividades manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar (Lally-Green, 1988).

Definición de Impedimento bajo el Acta Federal de Rehabilitación Vocacional

FVRA define al "individuo con impedimento" como "una persona que (i) tiene un impedimento físico o mental el cual limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida; (ii) que tiene un registro de dicho impedimento; o (iii) se considera que tiene dicho impedimento (Appelbaum, 1988).

Los reglamentos bajo esta ley definen un impedimento físico como cualquier desorden fisiológico o condición, desfiguramiento cosmético o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico; musculoesqueletal; órganos especiales de los sentidos; respiratorio, incluyendo los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, génito-urinario; hémico y linfático; piel y endocrino. "Principal actividad de vida" son definidas como funciones como cuidar de sí mismo, ejecutar

tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar.

El el 1974 el Congreso cambió la definición de individuo con impedimento significando cualquier individuo que tenga un impedimento físico o mental y que resulta en un impedimento sustancial para el empleo que puede beneficiarse razonablemente de los términos de empleabilidad de los servicios de rehabilitación vocacional. Según el autor de la definición, el Senador Alan Cranston, "la nueva definición... incluye un amplio grupo de personas con impedimentos quienes sufren de discriminación en el empleo" (Appelbaum, 1988).

Definición de impedimento bajo el Acta de Educación para Todos los Niños con Impedimentos P. L. 94-142

Esta Acta fue designada para "asegurar que todos los niños con impedimentos (entre las edades de 3 a 21 años) tengan acceso a una educación pública gratuita y apropiada, que de énfasis a la educación especial y los servicios relacionados designados para satisfacer las necesidades únicas" de la persona (Hammett, 1986).

La Ley Pública 94-142 define a un "niño con impedimentos" como un niño que tenga "retardo mental, problemas auditivos, sordos, problemas visuales, impedimentos del habla y lenguaje, disturbios emocionales, impedimentos ortopédicos, problemas de salud, o con problemas específicos de aprendizaje, que requieran servicios relacionados y educación especial (20 U.S.C. s. 1401 (a) (1)).

Definición de SIDA como impedimento

La Corte encontró que las enfermedades infecciosas como la tuberculosis y, significativamente el SIDA, cualifican como impedimentos bajo el Acta de Rehabilitación. Estas enfermedades son contagiosas y, como resultado, conllevan algún tipo de impedimento físico (Labowitz, 1989).

Es importante notar que aquellas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, que presentan un riesgo para la salud pública, están sujetas a la exclusión del Acta de Rehabilitación porque son un riesgo. En otras palabras, existe el potencial de ser "impedido" y ser excluido de los beneficios de la ley.

Para gran parte de la población, no existe ninguna distinción entre el SIDA activo y la seropositividad asintomática del HIV. Ambas condiciones engendran un miedo extremo e intolerancia. El miedo infundido de que una persona está infectada con el virus HIV es suficiente para cualificar y estar protegido por las leyes de discriminación contra las personas con impedimento. Las leyes federales y algunos estados proveen protección reconociendo el derecho de tener algún impedimento.

Sin embargo, existen unas condiciones que no constituyen ningún tipo de impedimento. El ser zurdo, por ejemplo, no es un impedimento porque no es una enfermedad, desorden, deformidad o condición que afecte la salud.

Para cualificar como impedimento, el impedimento debe afectar las principales actividades de la vida (Labowitz, 1989, de la Torres v. Bloger, 781 F. 2d 1134 5th Cir. 1986).

De la misma forma, una persona obesa no pudo cualificar para ocupar un puesto de asistente de vuelo porque excedía los límites de peso. En este caso no se encontró ningún impedimento porque no existía limitación en ninguna de las principales actividades de la vida, pero simplemente le evitaba tener un trabajo en particular (Labowitz, 1989, Tudyman v. United Airlines, 608 F. Supp. 739 (C.D. Calif. 1984).

Debido a que el período de incubación del SIDA es indeterminable y las etapas de la enfermedad varían, no todas las personas pueden ser clasificadas con impedimento (Landolt, 1987). No existe ningún indicador que señale qué etapa del SIDA causa impedimento físico. En otras palabras, las personas en la etapa final de la enfermedad tienen impedimentos porque están incapacitados para trabajar y, además, entran en la definición de un impedimento en tanto afecta o limita actividades principales de la vida.

Las personas en las etapas tempranas de la enfermedad o los portadores del virus, usualmente no exhiben efectos de incapacidad o impedimento. Aunque pueden parecer como sin impedimento, sufren de un gran discrimen en el empleo lo cual es tan virulento como la enfermedad. Estas víctimas pueden tener una gran necesidad de protección.

Leyes que garantizan una educación al niño con SIDA

La protección de las personas con impedimento ha sido limitada a situaciones de exclusión física de las escuelas y a la privación de los beneficios educacionales. Según Valente (1980) no es apropiado utilizar la Constitución de los Estados Unidos como principio legal para la educación de los niños con impedimentos. Desde el surgimiento de las leyes de igualdad de oportunidad para todos los individuos excepcionales, es inapropiado el uso de la Constitución como principio legal (Valente, 1980).

Las dos principales leyes federales relacionadas con los derechos de las personas con impedimento son el Acta de Rehabilitación del 1973 Sección 504 y el Acta de Educación para Todos los Niños con Impedimentos del 1975 o la Ley Pública 94-142. El Acta de Rehabilitación aplica a todas las personas con impedimentos y la Ley Pública 94-142 aplica solamente a los estudiantes con impedimentos.

Estas dos leyes tienen una diferencia: la Ley Pública 94-142 garantiza el derecho a una educación pública libre y apropiada para cada niño con impedimento y la Sección 504 simplemente evita el discrimen basado en el impedimento. La Sección 504 protege a las personas con impedimentos de todas las edades contra el discrimen en una variedad de programas y actividades que reciben ayuda fiscal federal.

Aunque las dos leyes atañen a los mismos reglamentos de igual protección del individuo con impedimentos respecto a una educación pública, estas leyes no tienen los mismos requisitos de acción afirmativa. La diferencia mayor entre ambas leyes radica en que la 94-142 establece el debido proceso y lo requiere. La Sección 504 no requiere acción afirmativa en beneficio de las personas con impedimentos. Sólo establece la ausencia de discrimen. La 94-142 especifica las obligaciones del estado para la acción afirmativa.

Bajo el Acta de Educación para Todos los Niños con Impedimentos los reglamentos federales y del estado tienen que desarrollar la acción afirmativa de la siguiente manera: identificar al niño con impedimento, evaluar sus necesidades educacionales y asignarle una escuela, clase o servicios de apoyo.

Bajo la 94-142 las leyes estatales y federales tienen que proveer un debido proceso tales como: notificación a tiempo, celebración de reuniones y la participación de los padres o guardianes afectados en el proceso de la evaluación y ubicación del estudiante. Una educación libre y apropiada requiere que se adapten los servicios educacionales a las necesidades del niño con impedimento bajo el "programa educativo individualizado" (PEI). La 94-142 presenta dos elementos básicos: uno sustantivo y el otro procesal. Primero, el Estado debe proveer una "educación libre y apropiada" y segundo, se deben seguir los procedimientos designados para asegurar las metas sustantivas (Valente, 1980).

¿Qué relación existe entre ambas leyes? Según señala Valente (1980), antes de que la Corte Suprema tomara la decisión en el caso Smith v. Robinson, existía confusión en cuanto a la aplicación de la Sección 504 para los niños con impedimentos bajo la Ley Pública 94-142. En este caso la Corte resolvió el conflicto al decidir que estar protegido bajo la 94-142 excluye cualquier aplicación de la Sección 504 con la sola excepción de que "... la Sección 504 garantice un derecho mayor que el disponible bajo el Acta de Educación para Todos los Niños con Impedimentos". La ley de mayor beneficio y protección al individuo será la elegida en corte.

Un niño bajo el programa de educación especial que tenga SIDA está protegido por la Ley Pública 94-142. Un individuo que tenga una enfermedad transmisible, sin haber sido considerado previamente como que tenía impedimento, y que pueda considerarse en la actualidad como impedimento está cubierto bajo la Sección 504 del Acta de Rehabilitación (Fraser, 1989).

Debido a que el virus del SIDA no puede ser transmitido en el ambiente de salón de clases, la Corte señaló que la política de excluir a todos los niños con SIDA de la escuela viola el Acta de Rehabilitación del 1973 y sus derechos a una "igual protección de la ley" (District 27, 1985). La exclusión o aislamiento de los estudiantes, meramente porque tienen una condición médica y poseen algún riesgo teórico de transmisión hacia los demás estudiantes, viola el Acta de Rehabilitación.

Respecto a la situación en el empleo, no debe existir ningún tipo de discrimen por tener HIV o SIDA. Ningún empleado escolar puede ser cesanteado, suspendido o transferido de su posición por estar infectado con el virus del SIDA. El suspender a un empleado por estar infectado viola el Acta de Rehabilitación del 1973.

Es importante mencionar que la ley protege siempre y cuando la enfermedad infecciosa no sea de un verdadero riesgo de contagio o perjudicial a los demás. Por lo tanto, esta ley puede que no proteja a todas las personas que presentan algún tipo de enfermedad contagiosa como el SIDA. La ley ayuda a crear unos ambientes de seguridad en el trabajo, por ejemplo. Pero de no poder hacerse ningún ajuste y de existir un verdadero riesgo de contagio a los demás, la ley no protegerá (Fraser, 1989).

El maestro de educación especial y su preparación académica

Según Boyle (1981) en Gloeckler (1988), los maestros de educación especial deben tener conocimiento en las siguientes destrezas: manejo de conducta; métodos de enseñanza; currículo; materiales de enseñanza; recursos disponibles para maestros y estudiantes; su rol como maestro; la función del personal de apoyo y padres. El maestro de educación especial debe, además, entender y velar por el cumplimiento de las leyes que protegen la educación de los niños con impedimentos.

Según O'Connor (Rotatori, Banbury y Fox, 1987), las funciones del maestro de educación especial son:

1. entender las características de aprendizaje y de conducta de los estudiantes con impedimentos;
2. proveer información apropiada para el desarrollo del Programa Educativo Individualizado, con procedimientos seguros y una evaluación no discriminatoria;
3. proveer información respecto a las estrategias instruccionales apropiadas que se ajusten al concepto del ambiente menos restrictivo;
4. mantener un rol de defensor en beneficio de los estudiantes con impedimentos.

Según Haring (Haring, Schiefelbusch y Hoyt, 1976), los programas de preparación de maestros de educación especial han sido influenciados por los siguientes supuestos:

1. Los niños de educación especial tendrán un mejor ajuste en las clases especiales, donde existe una presión menor de trabajo.
2. Los maestros regulares no pueden ofrecer el tiempo y la atención necesaria a los niños de educación especial sin desatender a los demás estudiantes.
3. Los niños de educación regular y especial no son compañeros compatibles en términos de sus metas educacionales, actividades sociales, currículo, procedimientos instruccionales y diseño ambiental.
4. La instrucción individualizada se puede ofrecer en clases especiales con pocos estudiantes.

Según Silverman (Haring et al., 1976), los niños con impedimentos pueden funcionar en el sistema regular, pero los maestros necesitan sistematizar la instrucción. Para sistematizar la instrucción es necesario seguir los siguientes modelos de instrucción:

1. Medición y evaluación. Es la formación de procesos de medidas que permiten al maestro valorar directamente la ejecución del estudiante en las tareas enseñadas diariamente.

2. Manejo de la conducta. Utilizar el refuerzo, positivo o negativo, para ayudar en la enseñanza dentro del salón de clases. El principio del refuerzo es mantener o aumentar la conducta deseada.

3. Instrucción individualizada. El maestro debe proveer unas condiciones para lograr un aprendizaje efectivo en cada estudiante.

De acuerdo con Cruickshank (1975), el maestro de educación especial debe poseer conocimiento sobre el crecimiento y desarrollo del niño, los conceptos de salud mental, los métodos de enseñanza y poseer experiencia con los niños regulares. Cruickshank cree que el programa de educación especial debe ser una extensión del programa de educación elemental y secundaria. Además, no apoya la educación categórica o las diversas especialidades dentro de la educación especial. Señala que algunas universidades tienen una conceptualización categórica en educación especial y, como resultado, tienen que hacer revisiones regulares de los programas de educación a maestros de educación especial.

Los estudiantes, cuyas metas son trabajar con niños con impedimentos, están expuestos a cursos que dan énfasis a los problemas comunes relacionados a todo tipo de impedimento. Al estudiante se le asegura que necesita una base amplia de destrezas para enfrentarse a los problemas específicos de los niños con impedimentos. Según Cruickshank, si existiera una integración de ambos programas,

todos los futuros maestros, no solamente los de educación especial, poseerían las destrezas necesarias para trabajar con los niños con impedimentos.

Percepción de los maestros hacia los niños con SIDA

De acuerdo con la revisión de literatura, no existe suficiente información específica sobre la percepción de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA. La mayoría de la información consultada gira en torno a las actitudes o percepción del público en general. A continuación se presentan algunos estudios realizados sobre las actitudes de estudiantes universitarios, adolescentes, administradores escolares, maestros de educación regular y nivel elemental hacia los niños con SIDA en las escuelas.

Gray y Saracino (1991) realizaron un estudio sobre las actitudes de los estudiantes universitarios hacia el SIDA. Los resultados del estudio indicaron lo siguiente: 63% de los estudiantes consideran que las personas con SIDA deben permitirse en las escuelas, 55% indicó que no les molestaría si los compañeros de clase de su hijos tuvieran SIDA. Cincuenta porciento estuvo de acuerdo en preocuparse por la salud de un compañero de trabajo que tuviera SIDA y un 43% indicó que trabajaría con alguien que tuviera SIDA.

Strunin y otros (1988) realizaron una encuesta telefónica con adolescentes con el propósito de obtener información sobre si debía

permitirse en la escuela a alguien con SIDA. La muestra del estudio consistió de 963 adolescentes entre las edades de 16 a 19 años del estado de Massachusetts. Un 86% de los adolescentes estuvieron de acuerdo con que debe permitirse a una persona con SIDA en las escuelas. El 51% de la muestra consistió de varones. Los resultados indicaron que muchos de los adolescentes que no querían a alguien con SIDA en las escuelas no conocían cómo se transmite el virus del SIDA. Las proporciones y actividades que los adolescentes del estudio indicaron como que pueden transmitir el virus del SIDA son las siguientes (Strunin, 1988): (81) estar en un mismo cuarto con una persona infectada, (62) el darse las manos, (45) respirar gérmenes en el aire, (41) el uso del inodoro, (38) el uso de utencilios de comer, (35) otros usos de drogas, (32) besarse en la boca, (30 contacto con la saliva, (28) contacto con lágrimas, (24) contacto con semen y (23) contacto con fluídos vaginales y el uso de drogas.

Smith (1991) realizó una investigación con administradores escolares sobre la relación entre el SIDA y la educación especial. El propósito del estudio fue investigar la necesidad de que los estudiantes con el virus HIV asistieran al programa de educación especial. Los resultados indicaron el deseo de los administradores escolares de proveer servicios a todos los estudiantes sin importar la condición de impedimento. Los educadores indicaron inseguridad sobre si se debía remover a un estudiante con SIDA del salón de clases regular e indicaron que la instrucción en el hogar podría ser una ubicación apropiada.

Walker y Hulecki (1989) realizaron un estudio sobre el efecto que pueda tener el conocer a un estudiante con SIDA y el juicio de los maestros de educación regular respecto a la ubicación en educación especial. Para el desarrollo de este estudio, se envió uno de dos informes psicológicos a 130 maestros regulares de tercer grado en el Estado de Indiana. Los informes eran idénticos con la excepción que un informe decía que el estudiante tenía SIDA y el otro que el estudiante tenía fiebre reumática. A los maestros se les envió los siguientes materiales: una carta de introducción, un informe psicológico incluyendo información médica y una hoja de contestaciones. Cada informe contenía un informe psicológico ficticio describiendo a un niño de tercer grado. Utilizando una escala Likert de acuerdo a desacuerdo, se midieron las premisas siguientes:

1. se esperan dificultades académicas para este niño,
2. este niño experimentará dificultades en las relaciones con sus companeros,
3. una mayor evaluación psicológica de este niño podría revelar un funcionamiento bajo del indicado en el informe,
4. la ubicación en una clase de educación especial podría ser apropiada para este estudiante,
5. el porciento del día escolar de este niño en que pueda ser integrado exitosamente en el cuarto grado es ...

El 70% de los maestros encuestados en este estudio no indicó tener discriminación hacia los estudiantes con SIDA. Los autores creen que estos maestros tienen una mejor actitud que el público en general.

En un estudio sobre las competencias que poseen los maestros de escuela elemental para manejar a niños con SIDA en el salón de

clases (Piñero, 1992) se encontró que un 53% de los maestros no tienen dominio de las competencias. Como competencias se definió la aplicación de conocimientos y destrezas a situaciones particulares. La muestra del estudio consistió de 188 maestros. Para medir las competencias que tenían los maestros se utilizó un cuestionario. Un total de 9 a 13 premisas acertadas se estableció como tener dominio y un total menor de ocho premisas acertadas se estableció como no tener dominio. Como segunda pregunta de investigación de si poseen los maestros preparación formal para ofrecer información en torno al tema del SIDA, un 48% de los maestros informaron no haber recibido ningún adiestramiento sobre el SIDA. Como tercera pregunta de investigación, sobre si existe entre las competencias que los maestros perciben tener en el manejo del niño diagnosticado con SIDA y su intención de manejar estudiantes con esta condición en el salón de clases, se encontró que un 62% de los maestros indicó tener una intención negativa hacia el manejo del niño diagnosticado con SIDA en el salón de clases.

Los niños con SIDA han sido segregados y se les ha negado el acceso al sistema escolar por el miedo infundido en el público. El 9 de septiembre de 1985 en el estado de Nueva York se organizó un boicot escolar por admitir a un niño con SIDA. En esta confrontación los padres no le permitieron el acceso al plantel escolar a más de 11,000 estudiantes de escuela elemental e intermedia por haberse admitido a un niño con SIDA en el segundo grado. En el distrito 27 de Queens 7,070 estudiantes permanecieron en sus hogares y en el

distrito 29 de Queens, 5,000 estudiantes no asistieron a la escuela (Rohter, 1985). El boicot continuó por un segundo día y 10,000 niños estuvieron fuera de clases en las escuelas de Queens ("NY: sigue", 1985).

El Superintendente escolar en New Haven, Connecticut, John Dow, Jr., no permitió a los pacientes con SIDA en las escuelas debido a que los padres estaban aterrados ("NY: AIDS", 1985). John Dow señaló: "la comunidad está muy sensible a esto [el SIDA] ¿quieres que tu hijo esté en el salón de clases con un niño con SIDA? absolutamente, no" ("AIDS boys", 1984).

En Miami, las trillizas Diana, Deana y Juliana con el síndrome de inmunodeficiencia fueron segregadas en un salón dedicado exclusivamente para ellas, situado en un gran edificio vacio y antiguo, apartado de la población escolar. En este salón tenían su propio televisor, equipo audiovisual, piano, campo de juego y servicio de cafetería. Ese salón lo utilizaron en el nivel de kindergarden y primer grado. Su maestra se encargaría de recogerlas diariamente para llevarlas a su salón escolar (Clendinen, 1985).

En Plainfield, New Jersey, una niña de cuatro años con el síndrome no pudo participar del programa de educación preescolar y los tutores privados no se atrevieron a educar a la pequeña por temor a contraer la enfermedad. Su madre adoptiva, Doris Williams, dice: "esto es peor que la lepra... Por lo menos los leprosos tienen colonias".

Según el informe, la niña no podrá asistir a la escuela hasta que el estado establezca normas para los niños con SIDA (Laub, 1985).

En Arcadia, Florida en agosto de 1987 los padres realizaron un boicot y protestas en contra de tres niños hemofílicos que fueron aceptados en el sistema escolar. Ocho años después de la epidemia, y todavía algunas escuelas no han informado a los padres sobre el riesgo del SIDA y no han involucrado a los padres en el proceso de desarrollar unas guías de admisión. Sin embargo, de acuerdo a la National Parent-Teacher Association, el rol de los padres tiene unos límites y las autoridades escolares y de salud, no los padres enojados, tienen que decidir si un individuo debe ser admitido en la escuela (Mitgang, 1987).

Un padre que envió una carta al editor del periódico The San Juan Star, señaló que los padres no deben tomarse el riesgo de enviar a sus hijos a la escuela. Señaló que los niños podrían contaminarse con otros, ya que, se necesitan más estudios para corroborar si el SIDA puede ser transmitido a través de la saliva, mordidas o por rasguños. Según Pereyó, estos niños deben ser educados en sus hogares por sus propios padres o por voluntarios que conozcan las precauciones médicas, para evitar el contagio. En su opinión: "el efecto psicológico del aislamiento es importante a esta edad, pero no es más importante que la posibilidad de transmitir la enfermedad a otros niños inocentes" (Moscoso, 1985).

Adiestramiento necesario para los maestros

Las personas infectadas con el virus del SIDA están en las escuelas y muchas veces no se conoce quién es el estudiante que posee el virus. Además, la mayoría de las veces una persona infectada no quiere compartir la información con los oficiales escolares (Fraser, 1989).

El éxito de la educación del niño con SIDA depende mayormente de la eficacia de los programas de adiestramiento de educación sobre el SIDA y los servicios de salud escolar (Lynn y Henke, 1988). Fennell (1991) en un estudio realizado sobre la efectividad de un curso de un crédito sobre el SIDA entre estudiantes universitarios indicó que 30 horas de instrucción son beneficiosas para aumentar el conocimiento del SIDA, aumentar actitudes positivas hacia las personas con SIDA y disminuir las actitudes negativas hacia la homosexualidad entre los estudiantes universitarios.

La American School Health Association realizó un estudio sobre la valoración de necesidades sobre la educación del niño con SIDA (Kerr, 1988). Para el desarrollo del estudio, se entregaron 333 cuestionarios. Se recibió un 70 porciento de los cuestionarios completados. Los resultados del estudio indicaron lo siguiente:

1. un 62% de los maestros indicó la necesidad de información sobre cómo proveer y planificar un programa de educación en salud para prevenir el contagio del virus;
2. un 70% de los maestros indicó la necesidad sobre cómo integrar a la comunidad en el programa;
3. un 45% de los maestros indicó la necesidad de evaluar los materiales para el programa de SIDA;

4. un 52% indicó la necesidad de crear programas en los distritos escolares o el estado.

En una pregunta sobre quién debe asumir la responsabilidad de llevar a cabo la educación sobre el SIDA: 47% de los encuestados informó que la responsabilidad es de los maestros, el 29% opinó que era de las enfermeras escolares, el 17% opinó que es responsabilidad de los padres y un 4% opinó que es responsabilidad de los administradores escolares.

Los educadores y el personal escolar deben desarrollar técnicas para eliminar los miedos asociados a la presencia de un niño con SIDA en el salón de clases. Para trabajar efectivamente con un niño con SIDA, los maestros deben conocer lo siguiente (Raper y Aldridge, 1988):

1. qué es el virus del SIDA;
2. cómo puede un niño adquirir el virus del SIDA;
3. los problemas médicos más comunes que presentan los niños con SIDA;
4. el derecho de un niño con SIDA a ser admitido en centro de cuidados y las escuelas;
5. qué ajustes debe hacer el maestro, el niño con SIDA y el niño no infectado dentro del salón de clases.

El maestro necesita conocer que algunos medios de contagio del virus del SIDA en los niños son por la transmisión dentro del útero de la madre; trauma durante el parto, o intercambio directo entre la sangre de la madre y el infante; alimentación de la leche materna infectada; abuso sexual con una persona infectada o la inyección con agujas contaminadas (Raper, 1988).

El maestro debe conocer que el niño con SIDA tiene unas necesidades particulares. El tratamiento del niño con SIDA debe incluir al niño y a su familia. Cada situación familiar es diferente y requiere de una atención particular de parte de los educadores. Algunas situaciones que se podrían presentar son las siguientes (Urwin, 1988):

1. una madre usuaria de drogas intravenosas que infecta a su hijo(a) con el virus del SIDA;
2. una madre infectada por transfusión de sangre que infecta a su hijo(a);
3. un niño hemofílico infectado por sangre contaminada;
4. un niño infectado por transfusión cuyos padres no están infectados.

El maestro debe hacer algunos ajustes para la protección del niño con SIDA, la de otros niños y la suya propia contra el contagio. Raper (1988), presenta las siguientes sugerencias:

1. Buscar información y educarse sobre SIDA.
2. Tener una mente abierta y reconocer que el niño con SIDA no debe estar sólo, pero estar consciente de que sus interacciones están afectadas .
3. Utilizar guantes desechables si va a cambiar los pañales de un niño.
4. Utilizar guantes al limpiar heridas y otras secreciones del niño con SIDA.
5. Proteger sus propias heridas o llagas contra las secreciones de algún niño.
6. Fomentar un ambiente con altos estándares de higiene y de conducta en el niño con SIDA y en los demás estudiantes.
7. Evitar el abuso psicológico entre los niños.
8. El maestro debe manejar cada situación en forma individual.

9. No permitir que un niño con SIDA sea inmunizado sin obtener información médica. La inmunización de un niño con SIDA puede causar problemas debido al daño en el sistema inmunológico.

El mantener la confidencialidad podría ser efectivo en algunas circunstancias, pero el no informar a los maestros sobre la condición de un niño con SIDA podrá aumentar la preocupación y el miedo. Los padres deben informar al personal directamente relacionado con la educación del niño con SIDA (Newschwander, 1987).

Muchas veces los maestros tienen que enfrentar situaciones en su salón de clases como hemorragias nasales, heridas y otros fluídos del cuerpo. Si el estudiante vomita, se corta en un evento deportivo, tiene un problema intestinal o de la vejiga, se deben tomar algunas precauciones, aún si el estudiante no está infectado con el virus HIV.

En el cuidado higiénico es conveniente utilizar guantes para limpiar derrames al manejar objetos sucios, y especialmente cuando el maestro tenga alguna herida o rasguño sin sanar. Todas las superficies deben estar limpias con una solución de 1:10 (proporción de contenido) de cloro y agua, respectivamente. Todos los materiales y ropa sucia deben colocarse en bolsas libres de rotura. Los papeles deben ser incinerados y la ropa debe ser enviada al hogar para lavar. Según Newschwander (1987), sería conveniente establecer una rutina higiénica con todos los niños, para así mantener la confidencialidad del niño con SIDA.

El maestro de educación especial debe estar consciente de que el niño con impedimentos neurológicos o impedimentos mentales y

con heridas abiertas debe estar aislado de los demás estudiantes. El niño de edad preescolar que tenga algún tipo de impedimento neurológico o que le falta control en las secreciones del cuerpo; que demuestre una conducta agresiva tal como de morder, y los niños que tengan lesiones que resurgen y no se pueden cubrir, necesitan un ambiente más restringido hasta que se conozca más respecto a la transmisión del HIV (Murphi, 1990).

Un niño, relativamente saludable, que no tiene úlceras abiertas que segreguen líquidos, que tiene control del intestino o vejiga y que no muerde a los demás, no representa riesgo para los demás estudiantes. Por esta razón, los niños infectados con el virus no deben estar aislados (Newschwander, 1987).

Guías para manejar la conducta del niño con SIDA en las escuelas

Algunos distritos escolares han comenzado a implementar diferentes estrategias para prevenir la transmisión del virus del SIDA. En la ciudad de Nueva York, el Canciller Joseph A. Fernández preparó un plan para distribuir condones en las escuelas superiores y, posiblemente, a estudiantes de nivel intermedio para combatir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. Este programa se había trabajado cuatro años atrás pero por las implicaciones de tipo moral (de ser algo aceptable) y religiosas se prohibió la distribución de condones en las escuelas. Un 80% o 261,000 estudiantes de escuela superior están activos sexualmente,

según el informe ("New York City", 1990). A continuación se presentarán guías para la admisión de los niños con SIDA en las escuelas.

En el 1985, Center for Disease Control estableció la siguiente guía para la admisión de los niño con SIDA en las escuelas (Murphi, 1990):

> "basado en la evidencia presente, el contacto casual de persona a persona como ocurre entre los niños en la escuela, no presenta ningún riesgo de contagio. Sin embargo, los estudios del riesgo de transmisión a través del contacto entre los niños con impedimentos neurológicos, quienes tienen falta de control en sus secreciones corporales, son muy limitados. Basado en la experiencia con otras enfermedades transmisibles, existe un potencial teórico para la transmisión en estos niños".

Cualquier decisión respecto al ambiente educacional del niño infectado con el HIV debe tomarse en equipo incluyendo al médico del niño, personal de salud pública, los padres o guardianes del niño y el personal asociado con su educación.

La Administración de Salud y Seguridad Ocupacional de los Estados Unidos desarrolló unas guías generales para el control de las infecciones; procedimientos para la limpieza de los fluidos corporales; procedimientos en el salón de clases; procedimientos en un salón de clases de drama, música, laboratorio, educación técnica y vocacional, educación física, el salón de educación especial, centros de cuidado diurno, patio de recreo; y procedimientos para la oficina de salud escolar.

Cada distrito escolar, colegio y universidad debe establecer guías para el manejo de los estudiantes y empleados y el riesgo de transmisión del virus del SIDA. Luego de desarrollar unas guías, éstas deben revisarse periódicamente para que reflejen la información médica actualizada. La National Education Association desarrolló guías para manejar al niño con SIDA en las escuelas. Sus recomendaciones son las siguientes ("Recommended", 1986, p. 129):

1. Un estudiante infectado con impedimentos neurológicos que muestre los siguientes síntomas no se le permitirá participar en las actividades escolares con los demás estudiantes: conducta como de morder, vomitar, que sufran de algún desorden en el sistema nervioso, que cause estos síntomas y un estudiante infectado quien tenga lesiones no cubiertas que rezumen.

2. La decisión de si un niño infectado debe ser permitido en clases debe ser tomada por un equipo compuesto por el personal de salud pública, el médico del estudiante, padres o guardianes del estudiante y el personal escolar, maestro(s) del estudiante. Al tomar la decisión, el equipo debe considerar: la conducta, desarrollo neurológico y la condición física del estudiante; el tipo de interacción esperada con otros en el ambiente escolar y; el impacto de ambos, el estudiante y los demás, en el ambiente.

3. La decisión de permitir a un empleado escolar infectado con el virus continuar trabajando en una situación que pueda tener riesgo de contagio a los estudiantes u otros empleados escolares, debe tomarse en forma individual. El equipo que tome la decisión de permitir al empleado en sus funciones debe estar compuesto por el personal de salud pública, el médico del empleado, un empleado escolar o representante y un personal escolar apropiado. El equipo debe considerar la condición física del empleado escolar, el tipo de interacción esperada con los demás en el ambiente escolar.

4. Si el empleado escolar tiene una causa razonable para creer que un estudiante o empleado escolar está infectado, el empleado escolar puede requerir que el individuo se someta a una evaluación médica. La orientación sexual de un estudiante o empleado escolar no debe constituir una causa razonable para creer que un individuo está infectado. No se requerirá a ningún estudiante, empleado escolar o potencial empleado escolar que provea información sobre su orientación sexual.

5. De existir un estudiante infectado en los grados K-12 a quien no se le permita asistir a clases o participar en las actividades escolares con los demás estudiantes, el empleado escolar hará los ajuestes razonables para proveer al estudiante una educación alterna adecuada. Para esta alternativa se deben utilizar empleados en forma voluntaria.

6. Si se le pide a algún empleado escolar infectado con el virus que abandone su trabajo, el empleado tendrá el derecho a utilizar las vacaciones por enfermedad disponibles y recibir algunos beneficios médicos disponibles.

7. No se le requerirá a ningún empleado escolar enseñar o proveer servicios que involucren el contacto personal en los estudiantes infectados a menos que dicha determinación sea hecha de acuerdo al primer reglamento. La National Education Association y sus afiliados proveerán asistencia legal apropiada a cualquier empleado escolar que rehuse enseñar, proveer los servicios de contacto personal o trabajar con un individuo infectado o un individuo de quien exista causa razonable de que está infectado.

8. La identidad del individuo infectado o aquel de quien exista una causa razonable para creer que está infectado, no será publicada ni revelada. Si a un individuo infectado le es permitido permanecer en el ambiente escolar, los empleados que tengan un contacto personal regular deben ser informados de su identidad y se les debe proveer información apropiada sobre la condición médica del individuo y algún factor que pueda garantizar la reconsideración de si debe ser permitido en el ambiente escolar.

Tiffany, Tobias, Raquib y Ziegler (1991), desarrollaron unas guías para educar a los niños y jóvenes sobre el SIDA de acuerdo a su edad. Estas guías están dirigidas hacia los padres, pero son igualmente aplicables a los maestros.

Uno a tres años:

1. Enseñar las destrezas básicas de salud, seguridad y ayuda propia como vertirse, cepillarse los dientes, etc.
2. Dar énfasis a que las píldoras no son dulces.
3. Enseñar los nombres correctos de las partes del cuerpo.
4. Contestar las preguntas simplemente y concretamente, a esta edad no entenderán ideas abstractas sobre la conducta sexual de los adultos.
5. Educar sobre la privacidad de algunas actividades como bañarse, utilizar el baño o tocar sus propios genitales.

Cuatro a cinco años:

1. Enseñar las destrezas básicas sobre seguridad personal en la calle, como no hablar o ir con extraños o decir información personal.
2. No tomar drogas o medicinas sin la aprobación de los padres. (Se exhorta a los padres a nunca dar bebidas alcoholicas o algún tipo de droga a los niños).
3. Enseñar los límites sociales como ser tocados por adultos en lugares íntimos.
4. Utilizar situaciones concretas como un resfriado o una cortadura para explicar cómo los gérmenes entran al cuerpo y causan las enfermedades.
5. Desarrollar un vocabulario apropiado en el niño.
6. Reconocer que los niños necesitan explorar su cuerpo.

Seis a ocho años:

1. Al contestar las preguntas sobre el SIDA, dar énfasis a que el SIDA no se contagia como castigo por ser malo.
2. Desarrollar un sentido positivo hacia la sexualidad, necesidad de privacidad y competencia física.
3. Fomentar en el niño el rechazo hacia el abuso sexual.
4. Fomentar en el niño el rechazo hacia las bebidas alcohólicas y las drogas ofrecidas en la escuela, el hogar o en la calle.
5. Enseñar al niño aspectos básicos sobre la sexualidad y la reproducción humana.

Nueve a doce años:

1. Reconocer que a esta edad muchas veces el adolescente es adolescente y niño.
2. Reconocer que los pre-adolescentes son muy curiosos sobre el sexo y necesitan información exacta para entender el acto sexual, sus consecuencias, como el embarazo y la infección del virus del SIDA.
3. Enseñar sobre la menstruación, el uso de los condones, el sistema reproductivo, la prevención del virus del SIDA y la toma de decisiones sexuales.
4. Ser específico al enseñar sobre el uso del condón y las agujas; esto no fomentará su uso, los ayudará a proteger sus vidas.
5. Aprender a escuchar al adolescente.
6. Ser un modelo positivo, no utilizando drogas o tomando alcohol.

Trece a quince años:

1. Contrario a la idea popular, los adolescentes escuchan a los adultos. Dar sermones no funcionará para cambiar una mala conducta.
2. Es necesario eliminar el aislamiento del niño con una comunicación efectiva, compartiendo sus valores y pensamientos.
3. Ofrecer información precisa y exacta sobre la sexualidad, la transmisión del virus del SIDA, su prevención y conductas sexuales seguras.

4. Reconocer y confrontar el abuso sexual.
5. Fomentar en el adolescente el permanecer fuera del uso de las drogas.

Existen unos principios generales para la educación sobre el SIDA. Además de estos principios, es necesario que las instituciones provean la instrucción necesaria sobre el SIDA y otras enfermedades infecciosas. A continuación se presentan unas guías sobre cómo proveer instrucción sobre el SIDA en una manera efectiva de acuerdo con el Center for Disease Control (Fraser, 1989):

1. La educación sobre SIDA será más efectiva en un programa de K-12 para establecer las bases sobre la relación entre la conducta personal y la salud. La educación debe ser apropiada a la edad del niño, ser consistente con la última información científica y consistente con la comunidad.

2. Para desarrollar un programa sobre la educación sobre el SIDA, se debe involucrar la junta de educación escolar, la junta de padres, los administradores escolares, la comunidad, los médicos escolares, las enfermeras escolares, los maestros, el personal de apoyo educacional, los consejeros escolares y cualquier otro personal escolar de relevancia.

3. Los programas educacionales sobre el SIDA deben estar dirigidos hacia aquellos estudiantes de edad escolar que están fuera de la escuela.

4. Los programas deben estar dirigidos hacia las necesidades específicas de los grupos minoritarios, personas cuyo idioma no es el inglés, personas con impedimentos auditivos y otros problemas de aprendizaje.

5. Aquellas personas que enseñen sobre el SIDA deben sentirse cómodas con la materia antes de comenzar a enseñar. Ningún maestro debe sentirse forzado.

6. Los maestros deben poseer una variedad de materiales y ejercicios para utilizar en el salón de clases.

7. El equipo escolar debe recibir orientación general sobre el HIV para que haya consistencia general sobre la información que se presenta a los estudiantes. Por lo tanto, existe la necesidad de entrenamiento en servicio en dos niveles: entrenamiento a los maestros que educarán sobre el SIDA y entrenamiento a todo el personal escolar sobre la enfermedad y los procedimientos para el control de infecciones.

8. El programa debe estar dirigido hacia el apoyo social de las personas infectadas con el virus. La lucha es contra los problemas de salud del SIDA y no contra las personas infectadas.

9. Los maestros que enseñen sobre el SIDA podrían utilizar, por ejemplo, la muerte de algún estudiante, para educar sobre el SIDA.

10. Los distritos escolares deben estar preparados para lidiar con aquellos padres que rechazan la educación sobre el SIDA para sus hijos. El distrito debe realizar ajustes necesarios para utilizar otras alternativas de enseñanza.

11. Al desarrollar un programa de la educación sobre el SIDA no se debe olvidar el proceso de evaluación para examinar si los estudiantes están evitando aquellas conductas que puedan exponerlos al virus del SIDA.

Resumen del capítulo

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, defecto en la función del sistema inmunológico, surgió en el 1981 al describirse cinco casos de jóvenes homosexuales en Atlanta, Georgia (Daniels, 1986). Aunque no se ha encontrado su origen, se conocen los medios

de transmisión. Se han desarrollado guías generales para la prevención de la enfermedad (Quackenbush, 1988).

Existe mucha discriminación contra los pacientes de SIDA debido a que el síndrome presenta ciertos estigmas sociales. Según Herek et al., 1988, existen dos principales estigmas asociados con la enfermedad: la identificación de SIDA como una enfermedad mortal, y la asociación de SIDA con grupos estigmatizados como los homosexuales o adictos a drogas.

Los niños también pueden adquirir el SIDA, aunque los medios de transmisión y síntomas pueden ser diferentes a los de los adultos (Ammann, 1987). Los niños con SIDA llegan a las escuelas donde encuentran rechazo por temor al contagio. Negar el acceso a la educación en el salón de clases por tener el virus del SIDA ha afectado tanto a los niños como a los padres (Ginzburg et al, 1990). En este capítulo se presentan seis casos relacionados al SIDA en las escuelas.

A pesar del rechazo sobre la admisión de los niños en el sistema escolar, existen leyes que garantizan la educación del niño con SIDA. Estas leyes son el Acta de Rehabilitación del 1973 Sección 504, relacionada con los derechos de las personas con impedimento, y la Ley Pública 94-142 que garantiza una educación pública libre y apropiada para todos los niños con impedimento (Valente, 1980).

Los maestros tienen un rol muy importante en la educación de los niños con SIDA. Los maestros de educación especial necesitan de unas destrezas particulares para trabajar con niños con impedimento (Boyle, 1981 en Gloeckler, 1988).

Las percepciones de los maestros podrían afectar el manejo de un niño en el salón de clases. En un estudio sobre las percepciones de los maestros regulares de escuela elemental hacia los niños con SIDA, el 62% de los maestros indicó tener una intención negativa hacia el manejo del niño diagnosticado con SIDA en el salón de clases (Piñero, 1992).

Los maestros necesitan recibir adiestramiento sobre el SIDA. Según Raper et al., 1988, los maestros necesitan conocer qué es el virus del SIDA, cómo se puede adquirir el virus, los problemas comunes que pueden enfrentar los niños con SIDA, los derechos legales de los niños con SIDA y realizar ajustes necesarios en el salón de clases. Ya se han desarrollado guías para manejar la conducta del niño con SIDA en las escuelas. Al final de este capítulo se presentan varias guías.

CAPITULO III

METODOLOGIA

Este estudio intenta medir el nivel de conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus de SIDA y las percepciones hacia los niños con SIDA. Los maestros necesitan recibir adiestramiento sobre el SIDA. Según Raper et al., (1988), los maestros necesitan conocer qué es el virus del SIDA y cómo se puede adquirir.

A continuación se presentan las preguntas de investigación para este estudio, la muestra seleccionada y el instrumento de investigación utilizado. Además, se indica el procedimiento utilizado para el análisis estadístico de los datos, la validación y confiabilidad del instrumento de investigación.

Preguntas de investigación

Este estudio intenta buscar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuán adecuado es el nivel de conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus del SIDA?

2. ¿Cuáles son las percepciones de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA en las escuelas?

3. ¿Cuál es la relación entre las variables sociales (edad y sexo) y las percepciones de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA?

a. ¿Qué relación existe entre la experiencia de enseñanza de los maestros y su percepción hacia los niños con SIDA?
b. ¿Qué relación existe entre la educación completada de los maestros y su percepción hacia los niños con SIDA?
c. ¿Cuál es la relación entre haber recibido adiestramiento sobre el SIDA y la percepción de los maestros?
d. ¿Qué relación existe entre conocer a una persona con SIDA y las percepciones de los maestros?

4. ¿Cuál es la relación entre el adiestramiento recibido por los maestros y su conocimiento sobre la transmisión del virus del SIDA?

5. ¿Qué relación existe entre conocer a una persona con SIDA y su conocimiento sobre la transmisión del virus del SIDA?

6. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de los maestros sobre la transmisión de SIDA y su percepción hacia los niños con SIDA en las escuelas?

Muestra del estudio

La población del estudio consistió de la totalidad de los 132 maestros de educación especial en el área Central del Estado de Nueva York, Condado de Oswego, específicamente de los siguientes

pueblos: Altmar-Parish-Williamstown, Central Square, Fulton, Hannibal, Mexico, Oswego, Phoenix, Pulaski y Sandy Creek. En el apéndice A se ilustra un mapa de esta zona geográfica.

Los maestros estaban registrados en el sistema educacional de BOCES (The Oswego County Board of Cooperative Educational Services) en Mexico, New York. La muestra de este estudio consistió de 101 (N=101) maestros de educación especial del Condado de Oswego.

Para contactar a cada uno de los maestros se pidió la autorización del Dr. David Stern, Director del Programa de Educación Especial para tener acceso a la lista de maestros. Los maestros enseñan en las siguientes áreas: impedimentos mentales, disturbios emocionales, problemas severos de aprendizaje, impedimentos físicos, impedimentos auditivos y en el área vocacional.

Instrumento de investigación

Como instrumento de investigación se utilizó un cuestionario.[23] El cuestionario que se administró a los maestros fue en inglés. El cuestionario proveyó instrucciones para completarlo y un recordatorio para la devolución del mismo. Se obtuvo información demográfica de los maestros como sexo, edad, experiencia en educación y la educación completada. En el cuestionario se pidió información sobre si habían recibido adiestramientos sobre el SIDA, cuántos adiestramientos habían recibido y su disposición a recibir adiestramientos.

Se le pidió a los maestros que indicaran si conocen a una persona con SIDA, si tienen algún amigo o familiar cercano con SIDA o si han tenido estudiantes con SIDA.

Para medir el conocimiento que tienen los maestros sobre la transmisión del virus de SIDA, se utilizaron las premisas 11 a la 21 del cuestionario. Estas premisas estuvieron dirigidas hacia la transmisión de SIDA en situaciones dentro del ambiente escolar. Se incluyeron premisas sobre el contagio del virus, como por ejemplo, el uso del inodoro, expresiones de afecto, entre otros.

Para medir la percepciones de los maestros se utilizó una escala Likert con once premisas. La escala de percepción consistió de cinco niveles: (1) en completo desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) indeciso, (4) de acuerdo y (5) completamente de acuerdo. Las premisas en la escala de percepción enfocaron las percepciones de los maestros hacia la admisión escolar de los niños con SIDA. En cuestionario incluyó un total de 32 premisas. En el apéndice D y E se incluye copia del cuestionario en inglés y español.

Validez y confiabilidad del instrumento

Para medir la validez de contenido del instrumento, se desarrolló un estudio piloto, para el cual se seleccionaron once maestros de educación regular del Distrito Escolar del Condado de Oswego, Nueva York. Para contactar a los maestros, se visitó a los mismos en dos de las escuelas elementales de Oswego (Minetto

Elementary School y Kingsford Park Elementary School) durante su período de descanso.

Al momento del estudio, los maestros seleccionados enseñaban en el área de educación elemental. De los once maestros; dos enseñan en el nivel de Kindergarten, dos en el nivel de primer grado, dos en el nivel de tercer grado, tres en el nivel de segundo grado y dos en el nivel de cuarto grado. No se seleccionaron maestros en el área de educación especial para evitar utilizar parte de la muestra del estudio. En el apéndice F se incluye copia de la carta de presentación a los maestros regulares.

A cada maestro se le entregó una carta con el propósito del estudio, preguntas de investigación y el cuestionario. Se le pidió que seleccionaran un lugar y momento apropiado, libre de distracciones, para evaluar el contenido del instrumento. Los maestros debían identificar las preguntas del cuestionario que correspondían a las preguntas de investigación. Se les concedió una semana para completar los mismos. No surgieron cambios en el contenido del cuestionario como resultado de este proceso. Los cambios que se hicieron fueron de redacción y estilo.

Además del estudio anterior, se entregó el cuestionario a tres expertos en el área de educación especial con conocimiento sobre el SIDA para evaluar la validez de contenido. Para contactar a los expertos, profesores universitarios en State University of New York en Oswego, se pidió la autorización del Decano de Educación de la

Universidad, Dr. Tom Gooding. El Dr. Gooding se encargó de seleccionar a los maestros y notificarles el propósito del estudio.
Se habló con cada maestro en forma individual, se les entregaron los materiales, se les explicó el propósito del estudio y lo que se esperaba de ellos. Los materiales incluyeron una carta de presentación con el propósito del estudio, el cuestionario y una hoja de evaluación del cuestionario o tabla de especificaciones. Los maestros devolvieron los materiales por correo. En el apéndice G se incluye copia de la carta a los profesionales en educación especial.

El propósito de la tabla de especificaciones fue identificar las premisas del cuestionario que se dirigían a contestar cada pregunta de investigación. Se proveyó suficiente espacio para que el profesor hiciera sus recomendaciones y rehiciera cualquier premisa del cuestionario que pudiera parecer confusa. Se pidió que indicaran si el nivel de vocabulario del cuestionario era apropiado para la población. Se les indicó que podían añadir cualquier aspecto que consideraban debía incluirse en el cuestionario. Se les preguntó, además, qué porciento era adecuado para la respuesta de la muestra o cuestionarios devueltos por los encuestados en el estudio.

Según los resultados de este estudio, dos de los expertos estuvieron de acuerdo conque las premisas intentaban buscar respuesta a las respectivas preguntas de investigación. Estos expertos realizaron cambios en la redacción de las premisas. Las recomendaciones de los expertos fueron las siguientes:

1. conocer más sobre el tipo de adiestramiento que han recibido los maestros.
2. un 35% a un 38% de los cuestionarios devueltos es aceptable para el estudio, un porcentaje mayor añade legitimidad al estudio.
3. enviar una tarjeta postal a todos los maestros del estudio dos semanas antes de enviar el cuestionario para obtener mayor respuesta de los maestros.
4. crear una hoja de consentimiento para los participantes del estudio.
5. especificar en el estudio niños con SIDA o niños con HIV.
6. preguntar a qué edad se debía presentar información sobre el SIDA a los estudiantes.
7. mejorar las preguntas sobre adiestramiento.
8. el nivel de vocabulario es apropiado para la muestra del estudio.

Se realizaron los cambios de redacción sugeridos por los expertos y se consideraron las demás sugerencias.

Para la confiabilidad del instrumento de investigación, se realizó una prueba de confiabilidad interna de las premisas del cuestionario 1 a la 11 sobre percepción. Los resultados de la prueba indicaron un nivel de confiabilidad alpha de .82. La confiabilidad en las premisas 11 a la 21 sobre el conocimiento de transmisión obtuvo un nivel de confiabilidad alpha de .36.

Procedimiento

La Oficina del Programa de Educación Especial de BOCES en Mexico, Nueva York se encargó de enviar por correo los cuestionarios a los 132 maestros de educación especial en el área del Condado de Oswego. Al momento del estudio, los maestros se encontraban

resultados como empleados del Programa de Educación Especial de BOCES.

El 24 de mayo de 1993 se enviaron los cuestionarios a los 132 maestros de educación especial en el Condado de Oswego. Los materiales incluyeron: una carta dirigida por la investigadora con el propósito del estudio, un memo dirigido por el Dr. David Stern, con el propósito de dar apoyo al estudio y obtener una mayor respuesta de los encuestados, el cuestionario y un sobre pre-dirigido. Se indicó en la carta de introducción del cuestionario que el 7 de junio de 1993 era la fecha límite para la devolución de los cuestionarios. Los maestros tuvieron una semana para completar y devolver el cuestionario por correo a la Oficina del Programa de Educación Especial de BOCES. En el apéndice B y C se incluye copia de la carta de presentación del cuestionario y un memo dirigido por el Dr. David Stern.

Con el fin de dar seguimiento a cualquier maestro que no devolviera el cuestionario, la Oficina del Programa de Educación Especial se encargó de enviar un segundo cuestionario. La Oficina mantuvo un sistema de codificación que incluyó el número del cuestionario, nombre del maestro, número telefónico y dirección de los maestros. La Oficina se hizo responsable de hacer contacto por vía telefónica con los maestros en caso de necesitar un segundo seguimiento. La investigadora no tuvo acceso a la lista de maestros para conservar la confidencialidad de la información.

Análisis de los datos

Para cada cuestionario se completó una hoja de codificación para el uso de un sistema electrónico. Todos los datos se entraron a un sistema de computadoras para el uso del programa para el análisis estadístico. Luego se identificaron cada una de las variables del cuestionario.

Para el análisis descriptivo de la muestra, se realizaron pruebas de frecuencia y porcentaje de las premisas, se computaron medidas de tendencia central (moda, media, mediana) la desviación estándar y el error estándar. Para buscar la relación entre variables en las preguntas de investigación, se realizaron pruebas de correlación Pearson (r) para una distribución normal de dos sesgos. Utilizando el .05 nivel de significancia aceptable para los índices de correlación dividido en dos direcciones, se estableció el .025 como nivel de significancia. Cualquier probabilidad menor de .025 se consideró significativa. Por lo tanto, cualquier probabilidad mayor de .025 reflejaba que no había relación entre las variables.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Hallazgos

El propósito de este estudio fue determinar el conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus del SIDA y sus percepciones hacia los niños con SIDA. Este estudio identificó además, la relación entre las variables sociales, conocimiento sobre la transmisión de SIDA y la percepción de los maestros.

Para el desarrollo de este estudio, se enviaron cuestionarios con una carta de introducción a 132 maestros en el área de educación especial del Condado de Oswego, Nueva York. Al momento del estudio, los maestros ejercían funciones en el Condado de Oswego, Nueva York. Para contactar a los maestros, se obtuvo una lista de los maestros registrados en el Programa de Educación Especial de BOCES. Se les permitió una semana para completar y devolver los cuestionarios.

La muestra del estudio consistió de 101 maestros (N=101) de una población de 132 maestros. Se recibieron un 76.5% de los cuestionarios completados. Los maestros devolvieron los cuestionarios por correo dentro de la fecha límite de devolución.

El 92% de la muestra estuvo representada por mujeres. En la Tabla 1 se indican los porcientos y la frecuencia para el sexo de la muestra. Estos datos se representan en la Gráfica 1 del apéndice I.

Tabla 1

Frecuencia y porciento de la muestra por género

	Frecuencia	%
Femenino	93	92.1
Masculino	8	7.9
N=101		

El 37% de los maestros que contestó el cuestionario estuvo entre las edades de 26 a 31 años. Un 22% de los maestros indicó estar entre las edades de 32 a 37 años de edad. Se establecieron seis intérvalos de frecuencia para el análisis de estos datos. La media de esta distribución fue de 2.86 y la mediana de 3. La desviación estándar fue 1.31. En la Tabla 2 se indican los intérvalos, la frecuencia y el porciento para esta distribución. En la Gráfica 2 del apéndice I se puede notar que los maestros estuvieron representados en todos los intérvalos.

Tabla 2

Frecuencia y porciento de la muestra por edad

Intérvalos	F	%
20-25	11	11%
26-31	37	37%
32-37	22	22%
38-43	17	17%
44-49	7	7%
50 o más	5	5%

N=99

Un 33% de los maestros que contestó el cuestionario indicó poseer de 6 a 10 años de experiencia en educación. El 29% indicó tener de 1 a 5 años de experiencia, como se indica en la Tabla 3. La media para esta distribución fue 2.19 con una mediana de 2. Estos datos están representados en en la Gráfica 3 del apéndice I.

Tabla 3

Frecuencia y porciento de la muestra por años de experiencia

Intérvalos	F	%
menos de un año	1	1%
1-5 años	29	29%
6-10	33	33%
11-15	20	20%
16-20	9	9%
21-25	4	4%
26 o más	5	5%

N=101

Un 59% de los maestros que contestó el cuestionario indicó poseer el grado de maestría. Un 24% indicó poseer el grado de bachillerato con créditos hacia la maestría. La media para esta distribución fue 1.74 con una mediana de 2. La desviación estándar fue .796 con un error estándar de .079. En la Tabla 4 se indican las frecuencias y porcientos para esta distribución. Según se representa en la Gráfica 4 del apéndice I, los porcentajes mayores se encontraron en los niveles de maestría y bachillerato con un 59% y un 24% respectivamente.

Tabla 4

Educación completada de la muestra

Intérvalos	F	%
Bachillerato	7	7%
Bachillerato con créditos hacia la maestría	24	24%
Maestría	60	59%
Maestría con créditos hacia el doctorado	9	9%
Doctorado	1	1%

N=101

Se le pidió a los maestros que indicaran si habían recibido adiestramientos sobre el SIDA. De haber recibido algún adiestramiento, se les pidió que indicaran cuántos adiestramientos habían recibidos. Un 80% de los maestros indicó haber recibido adiestramiento sobre el SIDA. En la Tabla 5 se indican las frecuencias y porcientos de esta distribución.

Tabla 5

Haber recibido adiestramiento sobre el SIDA

	F	%
Sí	80	79.2%
No	21	20.8%

Un 65% de estos maestros indicó haber recibido de 1 a 3 adiestramientos sobre el SIDA. En la Tabla 6 se indican las frecuencias y porcentajes de esta distribución.

Tabla 6

Adiestramientos recibidos sobre el SIDA

Intérvalos	F	%
1 - 3	65	65
4 - 6	5	5

Se les pidió a los maestros que indicaran si les gustaría recibir adiestramientos sobre el SIDA. Un 76% de los maestros que contestó el cuestionario indicó que le gustaría recibir adiestramiento sobre el SIDA. El 22% de los maestros indicó que no le gustaría recibir adiestramiento sobre el SIDA.

Las premisas 7, 8, 9 y 10 de la primera parte del cuestionario estuvieron relacionadas con la variable de conocer a una persona con SIDA. Se le pidió a los maestros que indicaran si conocían a una persona con SIDA, si tenían un amigo con SIDA, un familiar cercano o

habían tenido a un estudiante con SIDA en su salón de clases. Un 90% de los maestros que contestó el cuestionario indicó que no conocen a alguien con SIDA. Un 97% de los maestros indicó que no tienen un amigo con SIDA. Un 98% de los maestros indicó no tener un familiar cercano con SIDA y un 87% indicó no haber tenido a un estudiante con SIDA en su salón de clases.

Para la premisa 7 del cuestionario, relacionada con conocer a una persona con SIDA, la media de la distribución fue .91 y la mediana de 1. En la Tabla 7 se indican las frecuencias y porcientos para esta distribución.

Tabla 7

Conocer a alguien con SIDA

	F	%
Sí	9	9
No	91	90

Para la premisa 8 respecto a tener un amigo con SIDA, la media de esta distribución fue .97 y la mediana de 1. En la Tabla 8 se ilustran las frecuencias y porcientos de esta distribución.

Tabla 8

Tener a un amigo con SIDA

	F	%
Sí	3	3
No	98	97

Para la premisa 9 sobre tener un familiar cercano con SIDA, la media de la distribución fue .98 con una mediana de 1. La desviación estándar fue .14 con un error estándar de .014. En la Tabla 9 se indican las frecuencias y porcientos para esta distribución. Según la representación en la Gráfica 6, en el apéndice I, el porcentaje mayor para estas premisas fue de no tener un conocido, amigo, familiar cercano o estudiante con SIDA.

Tabla 9

Tener a un familiar cercano con SIDA

	F	%
Sí	2	2
No	99	98

En la premisa 10 sobre si se ha tenido a un estudiante con SIDA en el salón de clases, se obtuvo una media de .9 y una mediana de 1. La desviación estándar fue .11 con un error estándar de .01. En la Tabla 10 se indican las frecuencias y porcientos para esta distribución.

Tabla 10

Haber tenido a un estudiante con SIDA

	F	%
Sí	1	1
No	88	87

A continuación se presentarán los porcentajes para las premisas 11 a la 21 sobre el conocimiento que tienen los maestros sobre la transmisión de SIDA. Un 96% de los maestros indicó que en una situación de sangramiento con un niño con SIDA el contacto directo con la sangre debe evitarse. Un 68% de los maestros indicó que tener a un estudiante con SIDA en el salón de clases requiere modificación de los métodos de higiene para proteger a todos los estudiantes así como al maestro. Un 77% de los maestros indicó que a los estudiantes que van a la cafetería se les debe indicar que el comer con un estudiante con SIDA no implica riesgo de contagio. Un 91% de los maestros indicó que se debe fomentar la participación de los estudiantes en actividades deportivas aunque puedan tener compañeros con SIDA. Un 97% de los maestros indicó que se deben utilizar guantes desechables para ayudar a un estudiante con SIDA en el baño. Un 82% de los maestros indicó que las expresiones de afecto, como abrazos, entre los estudiantes no deben desaprobarse debido al SIDA. Un 93% de los maestros indicó que a los estudiantes con SIDA se les debe permitir ir a nadar con otros estudiantes. Un 66% de los maestros indicó que los niños pueden compartir alimentos y bebidas porque el virus de SIDA no se puede transmitir por la saliva. Un 72% de los maestros indicó que tanto los estudiantes como los maestros deben evitar sentarse en inodoros debido a la transmisión del SIDA. El 47% de los maestros indicó que cuando hay un estudiante con SIDA en el salón de clases, los besos y/o abrazos no

deben desalentarse. El 92% de los maestros indicó que utilizar un repelente de mosquitos en el salón de clases no evitaría la transmisión del virus del SIDA debido a picaduras de mosquitos. Los resultados de estas premisas pueden compararse con el cuestionario y la Gráfica 7 en los apéndices D e I.

A continuación se presentarán las respuestas a cada una de las preguntas de investigación formuladas para el desarrollo del estudio.

1. ¿Cuán adecuado es el conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus del SIDA?

Las premisas 11 a la 21 del cuestionario midieron el conocimiento que tienen los maestros sobre la transmisión del SIDA. Para determinar cuán adecuado es el nivel de conocimiento de los maestros, se utilizó la distribución de frecuencias de las premisas 11 a la 21 y se realizó una desviación de cuartiles o cuartos. Se obtuvieron los siguientes intérvalos: poco conocimiento (1 a 6 premisas acertadas), conocimiento moderado (7-8 premisas acertadas) y mucho conocimiento (9 a 11 premisas acertadas). Como se indica en la Tabla 11, un 27% de los maestros acertó 7 de 11 premisas sobre el conocimiento de la transmisión del SIDA. Según los resultados de este análisis, el 53% de los maestros se encontró en el intérvalo de conocimiento moderado. El 27% de los maestros estuvo dentro del intérvalo de mucho conocimiento y el 21% de los maestros estuvo en el intérvalo de poco conocimiento.

Tabla 11

Total de premisas acertadas en la escala de conocimiento

Premisas acertadas	Poco conocimiento	Conocimiento moderado	Mucho conocimiento	%
1	1			1
4	1			1
5	6			6
6	13			13
7		27		27
8		26		26
9			15	15
10			11	11
11			1	1
Total por columna	21 20.8%	53 52.5%	27 26.7%	N=101 100%

La media para esta distribución fue 2.05 con una mediana de 2. La moda reflejó el valor 2 lo que equivale a conocimiento moderado. La desviación estándar de esta distribución fue .7 con un error estándar de .07. Como se ilustra en la Gráfica 5 del apéndice, el porciento mayor de los maestros (53%) se encontró en el intérvalo de conocimiento moderado.

2. ¿Cuáles son las percepciones de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA en las escuelas?

Para medir las percepciones de los maestros hacia los niños con SIDA en el salón de clases, se utilizó una escala Likert con once premisas. La escala incluyó los siguientes niveles: (1) completamente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) indeciso, (4) de acuerdo, (5) completamente de acuerdo. En la Gráfica 9 del apéndice I se indican

las frecuencias dentro de la escala para cada una de las once premisas. En la escala, las posibles contestaciones de acierto fueron seleccionar completamente en desacuerdo (1) o en desacuerdo (2) para las once premisas. Esto equivale a un total de 22 posibles aciertos. Sin embargo, los maestros debían seleccionar solamente una alternativa dentro de la escala, lo que equivale a once posibles contestaciones acertadas. La frecuencia en los niveles de completamente en desacuerdo y desacuerdo se pueden comparar con el cuestionario y la Gráfica 10 del apéndice I.

Se utilizó la distribución de frecuencias de las premisas 1 a la 11 para realizar una desviación cuartílica. Se obtuvieron tres intérvalos: percepción negativa (1 a 3 premisas acertadas), percepción moderada (4 a 7 premisas acertadas) y percepción positiva (8 a 11 premisas acertadas). Los resultados indicaron que el 48% de los maestros obtuvo una percepción positiva hacia los niños con SIDA. En la Tabla 12 se indican las frecuencias de esta distribución. Como se representa en la Gráfica 8 del apéndice I, las percepciones de los maestros tuvieron una tendencia hacia los niveles moderado y positivo.

Tabla 12

Total de premisas acertadas en la escala de percepción

Premisas acertadas	Percepción negativa	Percepción moderada	Percepción positiva	%
1	2			2
2	4			4
3	4			4
4		7		7
5		10		10
6		17		17
7		8		8
8			16	16
9			17	17
10			13	13
11			3	3
Total por columna	10 10%	42 41.5%	49 48.5%	N=101 100%

La media para esta distribución fue 7, la mediana de 7 con una moda de 6. La desviación estándar de la distribución fue 2.5 con un error estándar de .25.

3. ¿Cuál es la relación entre las variables sociales (edad y sexo) y las percepciones de los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA?

Para encontrar respuesta a esta pregunta de investigación, se realizó una prueba de correlación Pearson (r). Se estableció como nivel de significancia .025 para una curva normal de dos sesgos. Cualquier probabilidad (p) menor de .025 se consideró significativa ($p < .025$).

Para las variables edad y percepción de los maestros los resultados indicaron un coeficiente de correlación de .07 con 89

grados de libertad y una probabilidad de .26 (r .07; n 89; p .26). Esto indica que no existió ninguna relación entre la edad de los maestros y las percepciones hacia los niños con SIDA en las escuelas (p .26 >.025). Para las variables sexo y percepción de los maestros los resultados revelaron un coeficiente de correlación de .015 con 91 grados de libertad y una probabilidad de .44 (r .015; n 91; p .44). Esto indicó que no existe relación alguna entre el sexo de los maestros y la percepción hacia los niños con SIDA (p .44 > .025).

A. ¿Qué relación existe entre los años de experiencia de enseñanza de los maestros y su percepción hacia los niños con SIDA? Para contestar esta pregunta de investigación se realizó una prueba de correlación Pearson (r). Para las variables años de experiencia en educación y percepción los resultados indicaron una correlación de -.14 con 87 grados de libertad y una probabilidad de .093 (r -.14; n 87; p .093). Según estos resultados, no existe relación entre estas variables (p .093 > .025).

B. ¿Qué relación existe entre la educación completada de los maestros y su percepción hacia los niños con SIDA?
Luego de realizar una prueba de correlación Pearson (r) para estas variables, los resultados indicaron una correlación de -.13 con 91 grados de libertad y una probabilidad de .10 (r -.13; n 91; p .10). Según estos resultados, no existe relación entre estas variables (p .10 > .025).

C. ¿Cuál es la relación entre haber recibido adiestramiento sobre el SIDA y la percepción de los maestros?

Luego de realizar una prueba de correlación de Pearson (r), los resultados indicaron un coeficiente de correlación de -.21 con 63 grados de libertad y una probabilidad de .05 (r -.21; n 63; p .05). Esto indica que no existe relación entre estas variables (p .05 > .025).

D. ¿Qué relación existe entre conocer a una persona con SIDA y las percepciones de los maestros?

Las premisas 7 a 10 de la primera parte del cuestionario midieron la variable de conocer a una persona con SIDA. En la Tabla 13 se indican los coeficientes de correlación para cada una de las premisas 7 a 10 del cuestionario en forma individual. Sin embargo, se realizó una prueba de correlación de Pearson (r) utilizando las premisas 7 a 10 como totalidad. Los resultados indicaron un coeficiente de correlación de -.009 con 81 grados de libertad y una probabilidad de -.023 (r -.009; n 81; p -.023). Se encontró una correlación negativa entre estas variables. Por lo tanto, el conocer a una persona con SIDA, tener un amigo con SIDA, familiar cercano o el haber tenido a un estudiante con SIDA podría ser un factor que afecte las percepciones de los maestros hacia los niños con SIDA en las escuelas (p -.023 < -.025). Esto podría indicar que conocer personas con SIDA propicia menores percepciones más negativas o inadecuadas hacia los niños con SIDA.

BEST COPY AVAILABLE

Tabla 13

Coeficientes de correlación para las premisas 7 a la 10 (conocer a una persona con SIDA) y percepción

Premisa	r*/n/p	Nivel de significancia
7	.06/91/.27	p .27 > .025
8	-.16/91/.06	p .06 > .025
9	.08/91/.23	p .23 > .025
10	.002/81/.50	p .50 > .025

* r= nivel de correlación Pearson
n=número de casos
p=probabilidad

4. ¿Cuál es la relación entre el adiestramiento recibido por los maestros y su conocimiento sobre la transmisión del virus del SIDA? Para encontrar la relación de estas variables se realizó una prueba de correlación Pearson (r). El coeficiente de correlación entre estas variables fue de .022 con 70 grados de libertad y .43 de probabilidad. Según los resultados, no existe relación entre estas variables (p .43 > .025).

A. ¿Qué relación existe entre conocer a una persona con SIDA y su conocimiento sobre la transmisión del virus del SIDA?
Para contestar esta pregunta de investigación se realizó una prueba de correlación Pearson (r). Las premisas 7 a la 10 de la primera parte del cuestionario estuvieron dirigidas hacia la variable de conocer a una persona con SIDA. En la Tabla 14 se indican los coeficientes de correlación para cada una de las premisas. Sin embargo, se realizó una prueba de correlación Pearson (r) para las

premisas en total. Los resultados indicaron una correlación de -.14 con 89 grados de libertad y una probabilidad de .05. Esto indica que no existe ninguna relación entre estas variables (p .05 > .025).

Tabla 14

Coeficientes de correlación para las premisas 7 a la 10 (conocer a una persona con SIDA) y conocimiento

Premisa	r*/n/p	Nivel de significancia
7	-.17/100/.05	p .05 > .025
8	-.009/101/.46	p .46 > .025
9	-.08/101/.20	p .20 > .025
10	-.09/89/.19	p .19 > .025

* r= coeficiente de correlación Pearson
n= número de casos
p= probabilidad

5. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento de los maestros sobre la transmisión de SIDA y su percepción hacia los niños con SIDA en las escuelas?

Para encontrar respuesta a esta pregunta de investigación, se realizó una prueba de correlación Pearson (r) utilizando las premisas 1 a la 11 de la escala de percepción y las premisas 11 a la 21 sobre el conocimiento de transmisión. En la Tabla 15 se presentan los coeficientes de correlación para cada una de las premisas. Sin embargo, se realizó una prueba de correlación Pearson (r) para las premisas de percepción y conocimiento como totalidad. Los resultados indicaron un coeficiente de correlación de -.20 con 91 grados de libertad y una

probabilidad de .29 (r -.20; n 91; p .29). Según estos resultados, no se encontró relación entre estas variables (p .29 > .025).

Tabla 15

Coeficientes de correlación entre las premisas 1 a la 11 sobre percepción y premisas 11 a la 21 sobre conocimiento

Premisas	r*/n/p	Nivel de significancia
1	-.11/91/.15	p .15 > .025
2	-.23/91/.01	p .01 < .025
3	-.20/91/.03	p .03 > .025
4	-.14/91/.09	p .09 > .025
5	.01/91/.46	p .46 > .025
6	-.15/91/.07	p .07 > .025
7	-.11/91/.15	p .15 > .025
8	.05/91/.32	p .32 > .025
9	-.25/91/.009	p .009 < .025
10	-.08/91/.23	p .23 > .025
11	-.15/91/.08	p .08 > .025

* r= coeficiente de correlación Pearson
n= número de casos
p= probabilidad

Resumen del Capítulo

En este capítulo se describieron los hallazgos de esta investigación. Se describieron los datos demográficos de la muestra utilizada para el estudio.

Se determinó el nivel de conocimiento que tienen los maestros sobre la transmisión del SIDA. Para esto, se establecieron tres

categorías de conocimiento: poco conocimiento, conocimiento moderado y alto conocimiento. Los maestros mostraron tener un conocimiento moderado sobre la transmisión del virus de SIDA.

Se midieron las percepciones de los maestros. Para esto se establecieron tres niveles: percepción negativa, percepción moderada y percepción positiva. Los maestros indicaron tener una percepción positiva hacia los niños con SIDA.

En este capítulo se señala, además, los resultados de pruebas de correlación entre las variables del estudio. Según se indicó, se encontró relación negativa entre las variables de conocer a una persona con SIDA y las percepciones de los maestros.

En el próximo capítulo se presentarán las conclusiones de los hallazgos de este estudio. Además, se proveerán sugerencias para futuros estudios.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Introducción

Históricamente se le ha negado el derecho educativo a los niños con impedimento (Heward, 1988). Sin embargo, la Ley Pública 94-142 provee de una educación pública y libre de costos a estos niños.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, desorden en el sistema inmunológico humano, ha afectado tanto a adultos como a niños. Debido a las consecuencias fatales de la enfermedad, el miedo al contagio de SIDA ha provocado la discriminación, la violencia e histeria (Murphy, 1990). A pesar de ésto, los niños con SIDA están en las escuelas (Newschwander, 1987).

La admisión o exclusión de un niño con SIDA en el sistema escolar es una de las controversias de mayor impacto en la educación. Negar el acceso a la educación en el salón de clases en las escuelas públicas por tener el virus del SIDA, ha afectado tanto a los niños como a sus padres. Han sido muchos los casos presentados en corte debido al rechazo de los niños con SIDA en el sistema escolar (Kirp, 1989). Además, la representación legal de un niño con HIV, que busca la admisión en la escuela pública, es una tarea altamente compleja (Ginzburg y Hanlon, 1990).

En el Capítulo II se presentaron seis casos relacionados de niños con SIDA y su admisión al sistema escolar.

Según Newschwander (1987), los maestros tienen miedo de trabajar cerca de los estudiantes con SIDA y son cautelosos con el contacto físico. Por lo tanto, los educadores y el personal escolar necesitan poseer ciertas destrezas para eliminar los miedos asociados a la presencia de SIDA en el salón de clases. Los maestros necesitan conocer qué es el virus de SIDA, cómo se puede adquirir y las técnicas de manejo del niño con SIDA en el salón de clases (Raper, et al., 1988). Los maestros necesitan adiestramiento en servicio y pre-servicio para desarrollar actitudes apropiadas que le permitan trabajar efectivamente con estos niños (Kerr,1989).

El propósito de este estudio fue identificar el conocimiento sobre la transmisión de SIDA y las percepciones que tienen los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA en las escuelas. Además, se buscó la relación entre variables de tipo social (sexo, edad, conocer a una persona con SIDA); el conocimiento sobre la transmisión de SIDA y las percepciones de los maestros hacia esta población.

La población de este estudio consistió de 132 maestros en el área de educación especial del Condado de Oswego, New York. La muestra del estudio consistió de 101 maestros (N=101) que representan un 76% de la muestra esperada. Al momento del estudio, los maestros estaban contratados como maestros en educación especial

bajo el Programa de Educación Especial de Board of Cooperative Educational Services (BOCES).

Como instrumento de investivación se utilizó un cuestionario con 32 premisas. Este consistió de información demográfica de los maestros, conocimiento de transmisión y una escala para las percepciones. Se envió el cuestionario a la población de los maestros.

El propósito de este estudio fue determinar cuán adecuado es el nivel de conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión del virus de SIDA. Además, conocer las percepciones de los maestros hacia los niños con SIDA en las escuelas.

Para medir el conocimiento de transmisión de SIDA que tienen los maestros de educación especial se establecieron tres niveles: poco conocimiento, conocimiento moderado y mucho conocimiento. Los maestros que participaron en este estudio mostraron un conocimiento moderado sobre la transmisión del virus de SIDA.

Según se indicó en el Capítulo IV, la mayoría de los maestros indicó haber recibido adiestramiento sobre SIDA. Los maestros que participaron en este estudio están bajo el Programa de Educación Especial de BOCES que, como entidad de apoyo al sistema de educación regular, provee adiestramientos a maestros sobre temas relacionados a la educación. Por lo tanto, podemos concluir que los maestros que participaron en este estudio han recibido adiestramientos efectivos sobre la transmisión de SIDA.

Es importante notar que, aunque una gran parte de los maestros indicó haber recibido adiestramientos, un alto porciento de

los maestros indicó que les gustaría recibir adiestramientos sobre el SIDA. Esto nos lleva a concluir que, aunque los maestros tienen conocimiento moderado respecto a la transmisión de SIDA, necesitan mayores destrezas para educar a los niños con SIDA. Sugiere además, que a pesar de que conocen sobre la enfermedad y los medios de transmisión, no se sienten lo suficientemente seguros como para aplicar su conocimiento a situaciones particulares de posible riesgo de contagio. Según Murphi (1990), los maestros necesitan tener guías para manejar la conducta del niño con SIDA en las escuelas.

El hecho de que no se encontrara relación entre las variables de haber recibido adiestramiento sobre el SIDA y el conocimiento de transmisión, nos lleva a considerar que el conocimiento que tienen los maestros sobre transmisión lo adquirieron por otros medios y no necesariamente por adiestramientos. Los maestros pudieron haberse informado a través de literatura tales como artículos de periódico, revistas u otros medios de comunicación masiva como la televisión. Esto puede ser un indicador de la efectividad de las campañas públicas masivas.

El porciento mayor de los maestros que participaron en este estudio demostraron tener una percepción positiva hacia los niños con SIDA. Esto parece indicar que los maestros podrían tener una actitud de aceptación hacia los estudiantes con SIDA en sus salones de clases.

Los resultados del estudio nos lleva a concluir que las variables de sexo, preparación académica, edad y años de experiencia no inciden ni en las percepciones ni el conocimiento sobre el SIDA que tienen los maestros. Se concluye, además, que no existe relación entre el haber recibido adiestramiento sobre el SIDA y las percepciones de los maestros. Será necesario explorar qué contenidos se atienden en los adiestramientos que reciben los maestros sobre el SIDA ya que éstos no parecen afectar sus percepciones hacia la población que tiene SIDA.

Se encontró una relación negativa entre las variables de conocer a una persona con SIDA y las percepciones de los maestros. Estos resultados indican que el conocer a personas con SIDA se refleja en una percepción negativa hacia esta población.

Por otra parte, es importante notar que un gran porciento de los maestros que participaron en este estudio indicaron no conocer a persona alguna con SIDA. Tampoco hubo relación entre las variables de conocer a una persona con SIDA y el conocimiento de transmisión pero sí sobre la percepción.

El hecho de que no se encontrara relación entre el conocimiento que tienen los maestros sobre la transmisión del virus de SIDA y sus percepciones podría ser indicativo de que el poseer conocimiento sobre SIDA no tiene relación con las percepciones que tengan los maestros de educación especial hacia los niños con SIDA.

Hunter (1990), indica que "la conducta de las personas hacia las personas con SIDA no ha cambiado aunque sí su conocimiento". Por

lo tanto, se podría decir que el tener conocimiento sobre la transmisión de SIDA no indica que haya cambios en actitudes o percepciones. Esto es importante para los contenidos de los adiestramientos.

Conclusiones

En resumen, las conclusiones de este estudio son las siguientes:

1. Los maestros que participaron en este estudio han recibido adiestramientos efectivos sobre el SIDA en lo que respecta al conocimiento sobre su transmisión y están recibiendo información efectiva sobre ello a través de los diversos medios de comunicación: prensa, radio y televisión.

2. Aunque los maestros conocen sobre la enfermedad y los medios de transmisión, parecen no sentirse seguros sobre cómo aplicar su conocimiento a situaciones particulares de posible riesgo de contagio.

3. El conocimiento que tienen los maestros sobre la transmisión del virus de SIDA lo pudieron haber adquirido por otros medios y no necesariamente por adiestramientos.

4. El conocer a una persona con SIDA provoca percepciones negativas o inadecuadas hacia esta población.

5. La edad, el sexo y los años de experiencia de los maestros no constituyen factores que se puedan relacionar con las percepciones de los maestros ni su conocimiento sobre la transmisión.

Los resultados discutidos en este Capítulo aplican solamente a la muestra del estudio estudiada. Por lo tanto, estos resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones. Se recomienda repetir esta

investigación en otras áreas geográficas. A continuación se presentan recomendaciones para posibles estudios y para el adiestramiento respecto al SIDA.

Recomendaciones

Los maestros necesitan tener un conocimiento adecuado sobre la transmisión del virus de SIDA. Los distritos escolares deben proveer información precisa y actualizada sobre la enfermedad del SIDA, sobre sus medios de transmisión y los avances médicos de la enfermedad, entre otros. Los maestros necesitan tener y conocer guías para manejar la conducta del niño con SIDA en las escuelas (Murphi, 1990). Los maestros necesitan saber cómo educar a los niños y adolescentes con SIDA (Tiffany, 1991).

Este estudio podría ayudar a los distritos escolares a identificar cuán adecuado es el conocimiento que tienen los maestros de educación especial sobre la transmisión de SIDA y las percepciones que tienen éstos hacia los niños con SIDA en las escuelas. Los distritos escolares podrían desarrollar adiestramientos a maestros sobre el SIDA y sus implicaciones en el sistema escolar. La información sobre el SIDA no tiene que ser presentada necesariamente en adiestramientos o conferencias. Los maestros podrían recibir información actualizada por medio de literatura u otros medios de difusión masiva.

Debido a que no se encontró relación entre las variables de adiestramiento y percepción, se recomienda que BOCES provea información de la enfermedad a través de medios masivos y oriente sus adiestramientos hacia la modificación de las percepciones de los maestros utilizando el manejo de personas con SIDA en situaciones de riesgo de contagio. Deben incluir en sus adiestramientos oportunidades de contacto con personas infectadas de forma que se sensibilicen con las necesidades de esta población. Estos adiestramientos deben incorporar simulaciones de cómo manejar diversas situaciones de posible riesgo de contagio en la sala de clases.

Debido a que los maestros que participaron en este estudio indicaron tener un conocimiento moderado sobre la transmisión de SIDA, el Programa de Educación Especial de BOCES podría continuar proveyendo información actualizada a los maestros por otros medios como los mencionados previamente. La información puede incluír datos sobre los avances médicos de la enfermedad y las técnicas de manejo de estudiantes con SIDA en ambientes educativos. Se debe pasar a un nivel más alto de conocimiento. Es necesario cotejar en los adiestramientos si la información que se provee sobre la transmisión de SIDA le permite a los maestros manejar adecuadamente a estudiantes con SIDA.

Se presume que los maestros que participaron en este estudio contestaron el cuestionario con la mayor sinceridad posible. Sin embargo, se recomienda que en futuros estudios se utilice otra vía que no sea la institucional para enviar el instrumento de investiga-

ción ya que BOCES es la institución que recluta al maestro. Sería interesante examinar si el procedimiento afecta de alguna manera las respuestas de los sujetos de la muestra.

Muchos de los maestros del Programa de Educación Especial proveen educación en los hogares de los estudiantes. Además, existe el personal escolar que brinda transportación, ofrece servicios en las facilidades de cafetería y coordina actividades deportivas, entre otros. Este personal debe recibir información sobre el manejo del niño con SIDA en las escuelas.

Es importante estudiar qué factores del contacto con las personas con SIDA afectan las percepciones hacia esta población. ¿Podría ser que el miedo al contagio, la pena, la impresión de la apariencia física y el deterioro paulatino afecten las percepciones? ¿Podría ser que el contacto aumente el temor? Además, sería importante estudiar si existe un patrón de relación entre conocer o no conocer a personas con SIDA y las percepciones hacia las personas con SIDA.

Los maestros que participaron en este estudio se encuentran en una zona geográfica donde no existe una alta incidencia de casos de SIDA. Se recomienda la administración de este estudio en zonas geográficas donde exista una alta incidencia de casos de SIDA que permita explorar esta relación. Sin embargo, es importante notar que el SIDA afecta tanto a zonas rurales como metropolitanas.

La administración de este estudio en una zona geográfica diferente a la utilizada podría revelar resultados completamente diferentes a los obtenidos en este estudio. La posibilidad de conocer

a una persona con SIDA, tener a un amigo, familiar cercano o haber tenido a un estudiante con SIDA podría ser mayor en un área de alta incidencia. Este factor tal vez afecte las percepciones de los maestros hacia los niños con SIDA.

Algunas zonas geográficas de alta incidencia de casos de SIDA en los Estados Unidos son ciudades como New York y San Francisco en California. En las áreas metropolitanas es donde se registra el mayor número de casos de SIDA (CDC, 1993).

La ciudad de San Juan, Puerto Rico, por ejemplo, tiene una alta incidencia de casos de SIDA. Este estudio se podría administrar en esta ciudad. En el apéndice E se provee una traducción al español del cuestionario utilizado en este estudio.

Otros estudios podrían explorar si los maestros saben manejar situaciones de emergencia con un estudiante con SIDA en la escuela. Los maestros deben saber manejar un equipo de primeros auxilios dentro del salón de clases.

En conclusión, los maestros necesitan tener un conocimiento más adecuado sobre la enfermedad de SIDA, los medios de transmisión y cómo ello afecta al sistema escolar. Los maestros necesitan saber qué hacer y a quién recurrir en las situaciones de emergencia que surjan en cualquier ambiente dentro del período escolar. Por ello, otro personal tiene que adiestrarse también. En resumen, se podría tomar en consideración las siguientes recomendaciones para estudios subsiguientes:

1. Los distritos escolares deben desarrollar adiestramientos a maestros que no enfoquen meramente en el conocimiento de la enfermedad, sino en el manejo de niños con SIDA en el salón de clases y las percepciones que hacia ellos tienen los maestros.

2. La información sobre el SIDA puede presentarse a los maestros por medio de literatura y no necesariamente en conferencias y adiestramientos. De este modo, se pueden dedicar los adiestramientos a los aspectos mencionados previamente.

3. El personal escolar que brinda servicios de transportación, opera facilidades de cafetería y ofrece actividades deportivas entre otros, deben adiestrarse en el manejo del niño con SIDA en las escuelas.

4. Se recomienda la realización de este estudio en zonas geográficas donde exista una incidencia alta de casos de SIDA para explorar más a fondo la relación entre las variables y percepción, conocimiento y contacto con personas con SIDA.

5. Se recomiendan estudios dirigidos a examinar la relación entre conocer a una persona con SIDA y las percepciones hacia esta población. ¿Podría el contacto con personas con SIDA aumentar el temor al contagio?

6. Al no encontrarse relación entre el adiestramiento recibido y las percepciones, se recomienda no solamente proveer información sobre SIDA, sino buscar la modificación de las percepciones utilizando situaciones de manejo con personas con SIDA.

7. BOCES, específicamente, debe desarrollar adiestramientos orientados a aumentar el conocimiento sobre la transmisión de SIDA. Los adiestramientos deben incluir destrezas de manejo.

8. En futuras investigaciones, se recomienda usar otras vías que no sean la institucional que recluta a los maestros para administrar cuestionarios.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

AIDS boys refused re-entry at school. (1984, October 12). The San Juan Star.

AIDS cases to rise. (1991, June 6). Palledium Times, p. 3.

Alyson, S. (Ed.). (1990). You can do something about AIDS. MA: Stop AIDS Project.

Ammann, A. J. (1987). Pediatric acquired immunodeficiency syndrome. Information on AIDS for the practicing physician. American Medical Association. Chicago, Illinois.

Aponte, R. A. (1988). Memorando: Implantación del Proyecto de Prevención de SIDA durante el año escolar 1988-89. Departamento de Instrucción Pública. Hato Rey, Puerto Rico.

Appelbaum, M. D. (1988). The application of handicap discrimination laws to AIDS patients. University of San Francisco Law Review, 22(2-3), 317-339.

Arline v. School Board of Nassau County. (772 F. 2d 759,1985)

Berkowitz, R. J., Rakusan, T., McIlveen, L., y Ahlstrom, P. (1990). Oral manifestation. Pediatric AIDS and HIV infection: Fetus to adolescent, 1(4), 49-52.

Betancourt, O. (1990, septiembre 30). Implacable el SIDA infantil. El Mundo, p. 1.

Brockman, L. N. (1987). Enforcing the right to a public education for children afflicted with AIDS. Emory Law Journal, 36, 603-648.

Brossy, J. (1987, October 26). Preparing for AIDS prevention. The San Juan Star, p. 17.

Casillas, I. (1990, octubre). Mentira: Usted pudo haber sido víctima de información falsa. El Universitario.

Center for Disease Control. (1991, March). HIV/AIDS surveillance report. Department of Health and Human Services: Atlanta, Georgia.

Center for Disease Control. (1992, February). HIV/AIDS surveillance report. Department of Health and Human Services: Atlanta, Georgia.

Center for Disease Control. (1993, July). HIV/AIDS surveillance report. Department of Health and Human Services: Atlanta, Georgia.

Center for Disease Control. (1991). Tuberculosis: la conexión entre TB y VIH (el virus del SIDA). U.S. Department of Health and Human Services: Atlanta, Georgia.

Clendinen, D. (1985, septiembre 8). Segregan a las víctimas infantiles del AIDS. El Nuevo Día, p. 20.

Cruickshank, W. M., y Johnson, G. O. (Eds). (1975). Education of exceptional children and youth. (3rd ed). New Jersey: Prentice-Hall.

Cuomo, M. M., y Axelrod, D. (1988). Acquired Immune Deficiency Syndrome: 100 questions and answers. New York: Department of Health.

Daniels, V. G. (1986). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (Jorge Orizaga Samperio, traductor). Mexico: Manual Moderno.

District 27 Community School Board v. Board of Education of the City of New York. (502 N.Y.S. 2d 325 Sup. 1986).

Douard, J. W. (1990). AIDS, stigma, and privacy. AIDS & Public Policy Journal, 5(1), 37-41.

Fennell, R. (1991). Evaluating the effectiveness of a credit semester course on AIDS among college students. Journal of Health Education, 22(1), p. 35-41.

Fraser, K. (1989). Someone at school has AIDS. A guide to developing policies for students and school staff members who are infected with HIV. Alexandria, Virginia: National Association of State Boards of Education.

French, K. (1987, September 10). AIDS victims in school. [Letter to the editor]. The San Juan Star, p. 37.

Ginzburg, H. M., y Hanlon, S. (1990). HIV-infected children and the school system. Pediatric AIDS and HIV infection: Fetus to Adolescent, 1(3), 15-20.

Ginzburg, H. M. (1990). HIV-infected school teachers and health care providers. Pediatric AIDS and HIV infection: Fetus to Adolescent, 1(5),89-94.

Gloeckler, T. y Simpson, C. (1988). Exceptional students in regular classrooms: chalenges, services and methods. Mountain View, California: Mayfield.

Gray, L. A., Saracino, M. (1991). College students' attitudes, beliefs, and behaviours about AIDS: implications for family life educator. Family Relations, 40(3), p. 258-63.

Hammett, L. (1986). Protecting children with AIDS against arbitrary exclusion from school. California Law Review, 74, 1373-1407.

Haney, P. (1988). Providing empowerment to the person with AIDS. Social Work, 33(3), 251-253.

Haring, N. G., Schiefelbusch, R. L., y Hoyt, R. K. (Eds). (1976). Teaching special children. New York: Mc Graw-Hill.

Herek, G. M. y Glunt, E. K. (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. American Psychologist, 43(11), 886-891.

Hilts, P. J. (1990, July 17). New study says AIDS bias grows faster than disease. New York Times, p. 20.

Hoffman, M. S. (1992). The world almanac and book of facts. New York: World Almanac.

Heward, W. L., y Orlansky, M. D. (1988). Exceptional children. (3rd ed). Columbus, Ohio: Merrill.

Kalichman, S. C., Kelly, J. A., Hunter, T. L., Murphy, D. A., y Tyler, R. (1993). Culturally tailored HIV-AIDS risk-reduction messages targeted to african-american urban women: impact on risk sensitization and risk reduction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(1).

Kerr, D. L. (1989). Forum address HIV education for children and youth with special education needs. Journal of School Health, 59(3), 129.

Kerr, D. L. (1988). Summary of ASHA members' results on the ASHA AIDS education needs assessment. Journal of School Health, 58(8), p. 315.

Kirp, D. L. (1989). Learning by heart. AIDS and schoolchildren in America's communities. The State University of Rutgers.

Koop on AIDS education. (1987, October 26). The San Juan Star, p. 17.

Labowitz, K. E. (1989). The dynamic definition of handicap. The Practical Lawyer, 35(4), 71-77.

Lactancia, leche materna y HIV. (1990). Gaceta Conasida, 3(2), p. 12-13.

Lally-Green, M. E. (1988). Is AIDS a handicap under the Rehabilitation Act of 1973 after School Board v. Arline and The Civil Rights Restoration Act of 1987? Toledo Law Review, 19, 603-647.

Lambert, B. (1990, June 15). AIDS travels New York-Puerto Rico 'air bridge'. New York Times, p. 1.

Landolt, M. (1987). Are AIDS victims handicapped? Saint Louis University Law Journal, 31, 729-747.

Laub, K. (1985, marzo 22). Vedada la educación a una niña con AIDS. El Nuevo Día, p. 19.

Lema, M. J. (1991). Plan de Contingencia sobre estudiantes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o diagnosticados con SIDA. Departamento de Instrucción Pública. Hato Rey, Puerto Rico.

López, W. M. (1991, 25 marzo). Iraida Salavaria. Proyecto GAMMA-IV Hospital Pediátrico de Puerto Rico. Entrevista.

Lynn, B. J., y Henke J. L. (1988). HIV infection: Educational programs and policies for school personnel. Journal of School Health, 58(8), 317-321.

Martínez v. School Board of Hillsborough City, Florida (692 F. Supp. 1293 M.D. Fla. 1988).

Millán, P. C. (1990, agosto 21). Dos niños eje de una pugna. El Nuevo Día, p. 27.

Mitgang, L. (1987, August 28). Many parents uncertain on schools' AIDS policies. The San Juan Star.

Moffatt, B. Spiegel, J., Parrish, S., y Helquist, M. (1987). AIDS: A self care manual. AIDS Project: Los Angeles: California.

Monroe, P. (1914). Encyclopedia of education. New York: Mc Millan.

Morgan, P, R. (Ed.). (1988). Journal of School Health, 58(8), 315-340.

Moscoso, G. (1985, October 7). AIDS and children. [Letter to the editor]. The San Juan Star, p. 20.

Murphy, M. M. (1990). Special education children with HIV infection: standards and strategies for admission to the classroom. Journal of Law & Education, 19(3), 345-370.

Nader, P. R. (1986). AIDS: a commentary. Journal of School Health, 56(3), 107-108.

Newschwander, G. E. (1987). Update on AIDS for teacher and policy makers. Educational Horizons, 65(3), 110-113.

New York City's plan to fight AIDS in school. (1990, September 30). The New York Times.

New York State Association for Retarded Children v. Carey. (612 F. 2d 644,1979).

Nicoll, A. y Machera, F. (1990). El SIDA en los niños. Gaceta Conasida, 3(2), 3-11.

NY: AIDS causa problemas en aulas. (1985, septiembre 8). El Mundo.

NY: sigue el boicot antiAIDS. (1985, septiembre 11). El Mundo.

Ostrow, D. G., Solomon, S. L., Mayer, K. H., y Haverkos, H. (1987). Classification of the clinical spectrum of HIV infection in adults. Information on AIDS for the practicing physician. American Medical Association. Chicago, Illinois.

Penneys, N. S. (1990). Skin manifestation of AIDS. New York: JB Lippincott. p. 130-137.

Quackenbush, M., y Villarreal, S. (1988). Does AIDS hurt? Educating young children about AIDS. Santa Cruz, California: Network.

Raper, J., y Aldridge, J. (1988). AIDS what every teacher should know about... Childhood Education, 64(3), 146-149.

Ray v. School District of DeSoto County. (666 F. Supp. 1524 M. D. Fla. 1987).

Recommended guidelines for dealing with AIDS in the schools from the National Education Association. (1986). Journal of School Health, 56(4), 129-130.

Rohter, L. (1985, septiembre 10). Boicot escolar por admitir a un niño con AIDS. El Nuevo Día, p. 28.

Rotatori, A., Banbury, M. M., y Fox, R. A. (1987). Issues in special education. Mountain View, CA: Mayfield.

San Juan Star(1993, February 3). Confirmed cases of AIDS reach 9,005 on island.

Schwarz, F. A. O., y Schaffer, F. P. (1985). AIDS in the classroom. Hofstra Law Review, 14(137), 163-191.

Servicio de la Salud Pública de los Estados Unidos. (1987). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS). Rockville, MD: National AIDS Information Clearinghouse.

Shafritz, J. M., Korppr, R. P., y Soper, E. W. (1988). The facts on file dictionary of education. New York: Facts on file.

Sivit, C. J., y Potter, B. M. (1990). Diagnostic imaging in pediatric AIDS. Pediatric AIDS and HIV infection: Fetus to adolescent, 1(6), 134-140.

Smith, M. (1991). An investigation of school administrators' beliefs and the relationship between HIV and special education. Journal of Health Education, 22(1), 43-48.

Soldier is discharged for not telling of AIDS. (1991, February 4). New York Times, p. 12.

St. Lawrence, J. S. (1993). African-American adolescents' knowledge, health-related attitudes, sexual bahavior, and contraceptive decisions: implications for the prevention of adolescent HIV infection. Journal of consulting and clinical psychology, 61(1), p. 104-112.

Strunin, L., Hingson, R, Barry, M. A., y Liebling, L. G. (1988). Should someone with AIDS be allowed to attend school? A statewide survey of adolescents. AIDS & Public Journal, 3(1), p. 17-20.

Study says AIDS spread by mosquitoes unlikely. (1987, September 10). The San Juan Star, p. 32.

The new lepers. (1985, August 31). The San Juan Star.

Thomas v. Atascadero Unified School District. (662 F. Supp. 376 C. D. Cal.,1987).

Tiffany, J., Tobias, D., Raquib, A., y Ziegler, J. (1991). Talking with kids about AIDS. A program for parents and other adults who care. [Resource manual]. Department of Human Service Studies, Cornell Cooperative Extension. New York: Cornell University.

Tiffany, J., Tobias, D., Raquib, A., y Ziegler, J. (1991). Talking with kids about AIDS. A program for parents and other adults who care. [Teaching guide]. Department of Human Service Studies, Cornell Cooperative Extension. New York: Cornell University.

Uribe, P. (1988). ¿Cómo se transmite el virus del SIDA de madre a hijo? Gaceta Conasida, 1(3), 3-4.

Urwin, C. A. (1988). AIDS in children: a family concern. Family Relations, 37, 154-159.

Valente, W. D. (1980). Law in the schools. Columgus, Ohio: Merrill.

Valera, L. R. (1992 febrero 2). Descarta Benítez la repartición de condones. El Nuevo Día, p. 23.

Walker, D. W., y Hulecki, M. B. (1989). Is AIDS a biasing factor in teacher judgement? Exceptional Children, 55(4), 342-345.

Welner, R. (1986). AIDS: Impact on the schools. Arlington, Virginia: Capitol.

Williams, P. (1988). A glossary of special education. Philadelphia, PA: Alden Press.

APENDICE A

QUESTIONNAIRE

Instructions: Read each question or statement carefully and answer using an X, were appropriate, to indicate your response. Please, do not leave any question unanswered. Remember: you have **one week** to complete and return the questionnaire. Thank you for your cooperation.

1. Sex: ____ Female
   ____ Male

2. Age: ____

3. Teaching experience: ____ less than a year
   ____ year(s)

4. Education completed:
   ____ Bachelor's degree
   ____ Bachelor's degree with some credits toward a Master's degree
   ____ Master's degree
   ____ Master's degree with some credits toward a Doctorate
   ____ Doctorate
   ____ Other: specify_____

5. I have received training or attended conferences about AIDS
   ___ Yes If yes, how many? ____
   ___ No

6. I would like to receive training about AIDS.
   ___Yes
   ___No

7. I have an acquaintance with AIDS.
   ___Yes
   ___No

136

8. I have a friend with AIDS.
   ___Yes
   ___No

9. I have a close relative with AIDS.
   ___Yes
   ___No

10. I have had students with AIDS in my classroom.
    ___Yes
    ___No

11. In a situation with a bleeding child who has AIDS, direct contact with the blood must be avoided.
    ___Yes
    ___No

12. Having a student with AIDS in the classroom requires modification of some hygienic methods to protect all the students, as well as the teacher.
    ___Yes
    ___No

13. Students going to the cafeteria should be told that eating next to a student with AIDS does not pose a risk.
    ___Yes
    ___No

14. Students should be encouraged to participate in sports activities, although there may be teammates who have AIDS.
    ___Yes
    ___No

15. Disposable gloves should be used when assisting a student with AIDS in the bathroom.
    ___Yes
    ___No

16. Expressions of affection among students, such as hugging should not be discouraged because of AIDS.

___Yes
___No

17. Students with AIDS should be allowed to go swimming with other students.

___Yes
___No

18. Children may share food or drinks because the AIDS virus cannot be spread by saliva.

___Yes
___No

19. Students and teachers should not avoid sitting on toilet seats because of AIDS transmission.

___Yes
___No

20. When a student with AIDS is in the classroom, kissing or holding hands should not be discouraged.

___Yes
___No

21. Using mosquito repellent in my classroom will avoid the spread of the AIDS virus due to mosquito bites.

___Yes
___No

/38

Please rate the following statements by circling or placing an X on the number that represents your position:

1. Schools should not be required to admit children with AIDS.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

2. Children with AIDS are better served through homebound instruction.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

3. The decision to accept a child with AIDS in a classroom should be made by the teacher who will teach him/her.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

4. Teachers should be able to refuse admitting a child with AIDS into their classroom.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

5. Special Education teachers should be responsible for students with AIDS.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

6. If an incident involving bloodshed and a child infected with AIDS were to occur in a classroom, someone <u>other</u> than the teacher should handle the situation.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

7. Having a student with AIDS in my classroom would concern me.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

8. Children with AIDS will be rejected by other classmates.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

9. I do not have the necessary knowledge about AIDS transmission to admit a student with AIDS into my classroom.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

10. Where blood is involved, I would not know how to handle an injury to a child with AIDS.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

11. I do not know how to avoid AIDS transmission in the classroom.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly agree

APENDICE B

CUESTIONARIO
(Traducción al Español)

Instrucciones. Lea cada una de las preguntas o declaraciones cuidadosamente y conteste utilizando una **X**, donde sea apropiado, para indicar su respuesta. Recuerde: usted tiene solamente **una semana** para completar y devolver el cuestionario. Gracias por su cooperación.

1. Sexo: _____ Femenino
   _____ Masculino

2. Edad: _____

3. Experiencia en educación:
   _____ menos de un año
   _____ año(s)

4. Educación completada:
   _____ Bachillerato
   _____ Grado de bachillerato con créditos hacia la maestría
   _____ Maestría
   _____ Maestría con créditos hacia el doctorado
   _____ Doctorado
   _____ Otro: especifique _____

5. He recibido adiestramiento o he asistido a conferencias sobre el SIDA.
   _____ Sí De ser sí, ¿cuántas? _____
   _____ No

6. Me gustaría recibir adiestramiento sobre el SIDA.
   _____ Sí
   _____ No

7. Conozco a alguien con SIDA.
   _____ Sí
   _____ No

142

8. Tengo un amigo con SIDA.
   ____ Sí
   ____ No

9. Tengo un familiar con SIDA.
   ____ Sí
   ____ No

10. He tenido estudiantes con SIDA en mi salón de clases.
    ___ Sí
    ___ No

11. En una situación de sangramiento con un niño con SIDA, se debe evitar el contacto directo con la sangre.
    ___ Sí
    ___ No

12. Tener a un estudiante con SIDA en el salón de clases requiere modificación en algunos métodos de higiene para proteger tanto a los estudiantes como al maestro.
    ___ Sí
    ___ No

13. Se les debe decir a los estudiantes que van a la cafetería que comer cerca de un estudiante con SIDA no posee ningún riesgo.
    ___ Sí
    ___ No

14. Se debe fomentar la participación de los estudiantes en actividades deportivas, aunque puedan tener a un compañero con SIDA.
    ___ Sí
    ___ No

15. Se deben utilizar guantes desechables cuando se ayuda a un estudiante con SIDA en el baño.
    ___ Sí
    ___ No

16. Las expresiones de afecto entre los estudiantes, como abrazos no deben impedirse debido al SIDA.
___ Sí
___ No

17. A los estudiantes con SIDA se les debe permitir ir a nadar con otros estudiantes.
___ Sí
___ No

18. Los niños pueden compartir alimentos o bebidas porque el virus del SIDA no puede transmitirse por la saliva.
___ Sí
___ No

19. Los estudiantes y maestros no deben evitar sentarse en inodoros debido a la transmisión de SIDA.
___ Sí
___ No

20. Cuando hay un estudiante con SIDA en el salón de clases, besos o abrazos no deben fomentarse.
___ Sí
___ No

21. Utilizar un repelente de mosquitos en el salón de clases evitará la transmisión del virus de SIDA debido a las picaduras de mosquitos.
___ Sí
___ No

Favor de valorar las siguientes declaraciones circulando o marcando una X en el número que represente su posición.

1. A las escuelas no se les debe requerir admitir a niños con SIDA.

1	2	3	4	5
Completa-mente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completa-mente de acuerdo

2. Los niños con SIDA están mejor atendidos con instrucción en el hogar.

1	2	3	4	5
Completa-mente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completa-mente de acuerdo

3. La decisión de aceptar a un niño con SIDA en el salón de clases debe tomarse por el maestro que enseñará al estudiante.

1	2	3	4	5
Completa-mente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completa-mente de acuerdo

4. Los maestros deben poder rehusar admitir a un niño con SIDA en el salón de clases.

1	2	3	4	5
Completa-mente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completa-mente de acuerdo

5. Los maestros de educación especial deben ser responsable de los estudiantes con SIDA.

1	2	3	4	5
Completa-mente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completa-mente de acuerdo

6. En un incidente en el salón de clases de sangramiento y un niño con SIDA en el salón de clases, <u>otra persona</u> en lugar del maestro debe manejar la situación.

1	2	3	4	5
Completa-mente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completa-mente de acuerdo

7. Tener a un estudiante con SIDA en mi salón de clases me preocuparía.

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo

8. Los niños con SIDA serán rechazados por otros compañeros de clase.

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo

9. No tengo el conocimiento necesario sobre la transmisión del SIDA para admitir a un estudiante con SIDA en mi salón de clases.

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo

10. No sé cómo manejar una herida de sangramiento en un niño con SIDA.

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo

11. No sé cómo evitar la transmisión de SIDA en el salón de clases.

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Completamente de acuerdo

APENDICE C

NOTAS

1. **Quimeoterapia.** Tratamiento de una enfermedad por componentes químicos, comúnmente utilizados para terapia del cáncer (Moffatt, 1987).

2. **Glóbulos blancos.** Los glóbulos blancos, al igual que los anticuerpos, son substancias protectoras y defensas importantes contra las enfermedades y las lesiones en el organismo (Nason et al., 1980).

3. **Virus.** Principio de las enfermedades contagiosas. Microbios invisibles al microscopio ordinario, que tienen una dimensión inferior a 0,2 micras, que pasan a través de los filtros de porcelana y son causa de muchas enfermedades en el hombre (rabia, viruela, poliomielitis, sarampión, gripe), en los animales y en las plantas (García-Pelayo, 1986). Es una partícula parásita no celular que consiste de una capa de proteína. Los virus se pueden multiplicar sólo dentro de las células de los organismos vivos (Audesirk et al., 1989).

4. **Célula T^4.** Cuando el virus entra en el sistema circulatorio, comienza a atacar a ciertas células blancas llamadas linfositos T (Servicio de, 1987). El virus HIV ataca a estas células blancas T^4 dejando al sistema inmune sin defensas para atacar las enfermedades. El virus penetra en esta célula destruyendo su estructura genética y replanzándola con instrucciones de reproducir el virus del SIDA. La célula T^4 , que puede permanecer inactiva por algunas semanas o años, da el nacimiento de otras nuevas células con el virus del SIDA. Las nuevas células desarrolladas atacan a otras células T^4 debilitando al sistema inmunológico y la célula original T^4 muere (Welner, 1986).

5. **Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).** Es el nombre seleccionado por los científicos, virólogos y otros investigadores del virus del SIDA. El nombre fue seleccionado como una descripción

genérica para ayudar en la controversia sobre los diferentes investigadores dando diferentes nombres al virus (Moffatt, 1987).

6. **Enfermedades oportunistas.** Son aquellas enfermedades que son causadas por agentes que comúnmente son presentados en otros cuerpos o ambientes pero que causan enfermedad sólo cuando hay un cambio en las condiciones de salud o cuando el sistema inmunológico está afectado (Moffatt, 1987).

7. **Sarcoma de kaposi.** Un tumor en la pared de los vasos sanguíneos. Usualmente aparece como rosa o púrpura. La incidencia del sarcoma de kaposi en los niños es extremadamente rara (Joshi, 1990).

8. **Pneumonía por pneumosistis carinii.** Es la infección oportunista más reconocida en los niños con SIDA. Las enfermedades pulmonares son las características más comunes del SIDA. Ocurre un 90% en los pacientes en algún momento de la enfermedad. De acuerdo a un estudio realizado por Vernon en el 1988, la mortalidad por causa de esta enfermedad alcanza un 41% (Sivit, et al., 1990).

9. **Center for Disease Control.** Agencia federal de salud que pertenece al gobierno de los Estados Unidos. Departamento de Salud y Servicio de Salud Pública. El CDC provee guías de seguridad en salud y datos estadísticos sobre el SIDA y el HIV y otras enfermedades o condiciones de salud (Tiffany, 1991).

10. **"Teóricamente posible".** Significa que un evento nunca ha pasado y es improbable que suceda, pero los científicos no eliminan la idea de que es absolutamente imposible o que no es absolutamente posible.

11. Este caso se presenta en el capítulo II como el caso V.

12. **Linfoma.** Crecimiento de una masa de tejido maligno como un tumor de los nódulos linfáticos (Moffat, 1987). El linfoma Non-Hondgkin es otra enfermedad maligna asociada con el HIV y que puede ser presentada en lesiones orales. Las lesiones orales pueden ocurrir en cualquier lugar de la boca y usualmente se presentan firmes y agrandadas. Este tipo de enfermedad ha sido encontrada en el SIDA pediátrico. Sin embargo, la presentación de los linfomas

asociados con el HIV en los niños con SIDA no es muy común (Berkowitz et al., 1990).

13. Véase sección Leyes que garantizan una educación al niño con SIDA.

14. **Otros impedimentos de salud.** Las cortes han determinado que los niños con problemas de desarrollo físico deben ubicarse dentro de la categoría "otros impedimentos de salud". Con esta categoría los niños pueden ser elegibles de los beneficios del Acta de Educación para Todos los Niños con impedimentos. Otros impedimentos de salud se define como (i) tener una condición autista la cual se manifieste en una comunicación severa y otros problemas de desarrollo y educacionales; o (ii) que tenga límites de fuerza, vitalidad y la capacidad de estar alerta debido a problemas de salud agudos o crónicos como condiciones del corazón, tuberculosis, fiebre reumática, nefritis (inflamación de los riñones), asma, anemia, hemofilia, epilepsia, envenenamiento con plomo, leucemia, o diabetes que afecte adversamente la ejecución educacional del niño (Murphi, 1990).

15. **Hepatitis.** La hepatitis es una inflamación en el hígado (García-Pelayo, 1986). La hepatitis, al igual que el SIDA, se puede transmitir por el contacto con los fluídos del cuerpo como la sangre, el semen y las secreciones vaginales. La saliva puede transmitir la hepatitis, pero no el virus de inmunodeficiencia humana. Las lágrimas, orina y las heces fecales no transmiten la hepatitis ni el virus del SIDA. Al igual que el SIDA, la hepatitis se puede transmitir por el contacto de sangre a sangre: agujas, compartir agujas entre usuarios de drogas y por la contaminación de heridas abiertas con sangre infectada; contacto sexual, ninguna protección sexual en las relaciones sexuales con una persona infectada; una madre portadora de hepatitis al recién nacido; derrame de la sangre infectada en las membranas mucosas como los ojos, nariz y la boca; a través de la saliva como por mordeduras. Según Morgan, 1992, el virus de la hepatitis puede permanecer en una superficie seca y volver a activarse al mojarse nuevamente la superficie, sin embargo, esto no sucede con el virus del SIDA.

16. **Tuberculosis.** Es una enfermedad infecciosa que se transmite de persona a persona por medio del aire. Generalmente, la tuberculosis ataca a los pulmones. Los gérmenes de una persona con tuberculosis son lanzados al aire cuando tose, estornuda, canta, o se ríe. La tuber-culosis puede atacar a otras partes del cuerpo como el crebro o la espina dorsal. Los síntomas generales de la tuberculosis pueden incluir: debilidad, malestar general, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. Los síntomas comunes de la tuberculosis en los pulmones pueden incluir: tos de larga duración, dolor de pecho y tos con sangre. Afortunadamente, las personas con tuberculosis pueden curarse averiguando si están infectados con la prueba de tuberculina.

17. **"Otherwise qualified".** En el caso Southeastern Community College v. Davis (442 U. S. 397 (1979), la Corte Suprema definió "capacitado de otro modo" a aquella persona "una que fuera capaz de reunir todos los requisitos del programa a pesar de su impedimento. Este caso estuvo relacionado a una solicitante al programa de enfermería quien tenía una pérdida auditiva severa que no podía entender el habla de los demás. Aunque podía leer los labios, la escuela rehusó su admisión debido a que no estaba "capacitada de otro modo". La corte apoyó la decisión de la escuela de rehusar la admisión (Appelbaum, 1988).

18. **Deportes y el niño con SIDA.** Las personas con problemas de salud deben participar en sus actividadas normales siempre que les sea posible. El médico decidirá si los problemas de salud requerirán que éstos cambien su horario de trabajo o sus actividades, incluyendo los deportes. No existen ninguna razón de preocupación de transmitir el virus HIV por la participación en actividades deportivas (Fraser, 1989).

19. **Nódulos linfáticos.** Son las gládulas linfáticas compuestas de linfocitos y tejido conectivo las cuales producen la linfa y los linfocitos. Estas glándulas linfáticas o nódulos, normalmente actuan como filtros de las impuresas del cuerpo (Moffat, 1987). La linfa es un líquido transparente y ligeramente amarillo, de reacción alcalina, que se encuentra en los vasos linfáticos y se deriva de los líquidos tisulares. En ocasiones tiene ligero color sonrosado por la presencia de eritrocitos, y a menudo es opalescente a causa de las particulas de grasa. Bajo el microscopio se observa que consta de una parte líquida

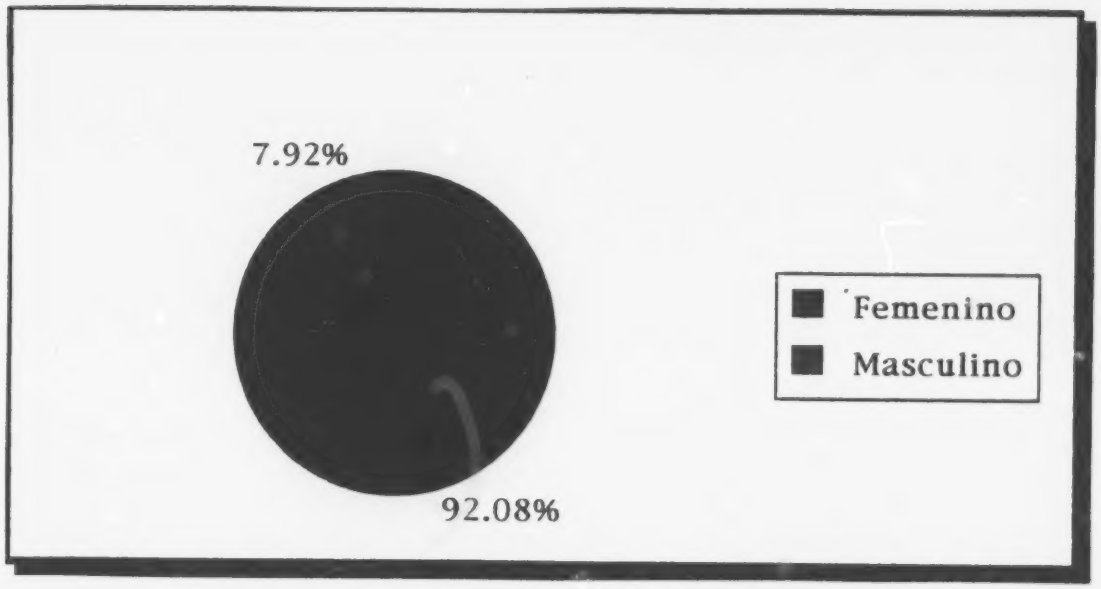
y de células, la mayor parte de las cuales son linfocitos. La linfa se recoge de todas las partes del cuerpo y se devuelve a la sangre por el sistema linfático (Dorland, 1985).

20. **Complejo Relacionado al SIDA (AIDS-related complex-ARC).** Es una condición causada por el virus del SIDA en la cual el paciente da positivo en la prueba del SIDA y tiene un grupo específico de síntomas clínicos. Un tipo de paciente con ARC presenta síntomas menos severos que los que tienen SIDA. Algunos de los signos y síntomas podrían incluir pérdida de apetito, pérdida de peso, fiebre, sudores nocturnos, erupción de la piel, diarrea, cansancio, poca resistencia a las infecciones y ganglios linfáticos hincahados (Servicio de, 1987).

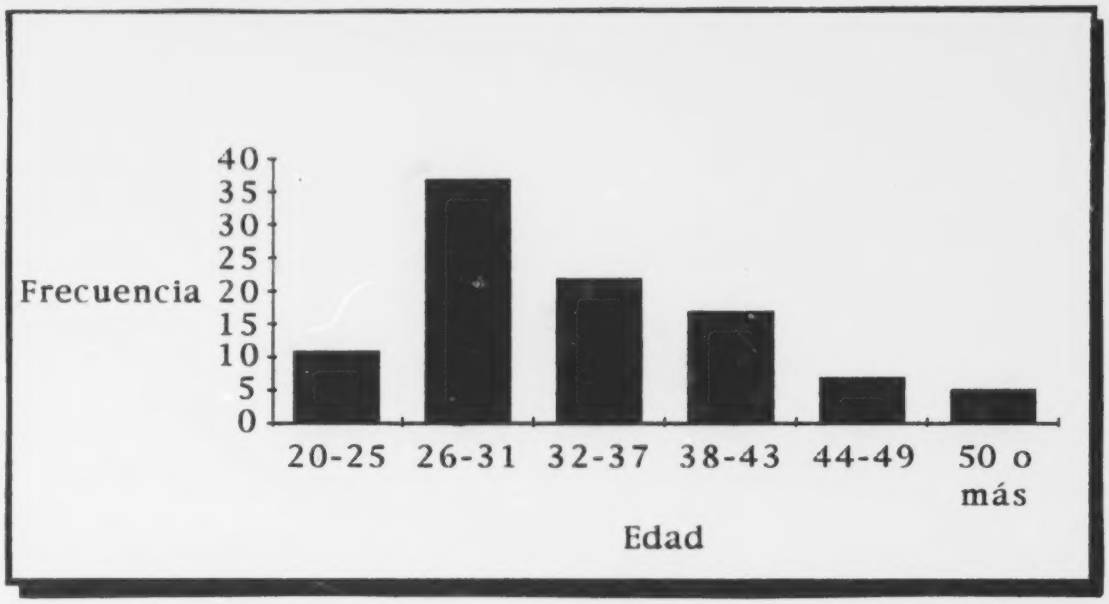
APENDICE D

GRAFICAS

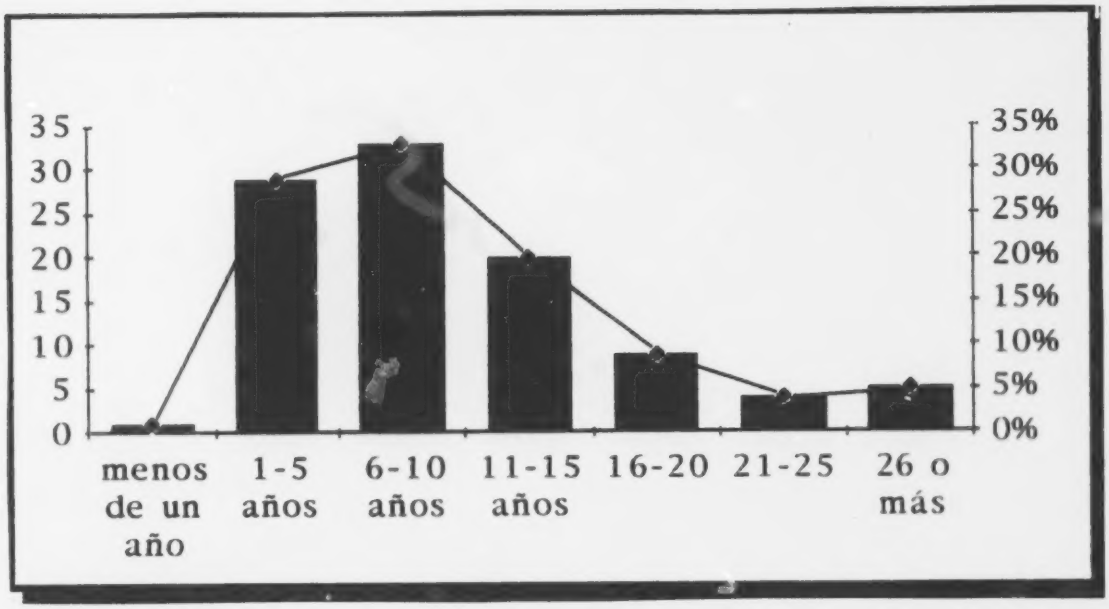
Gráfica 1
Porciento de la muestra por sexo



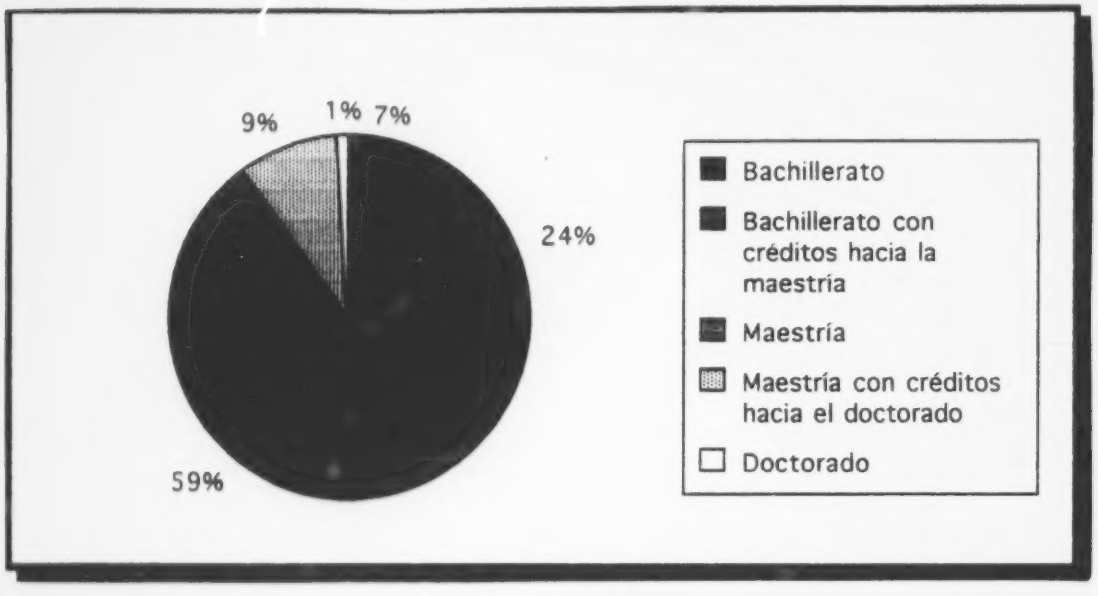
Gráfica 2
Frecuencia de la muestra por edad



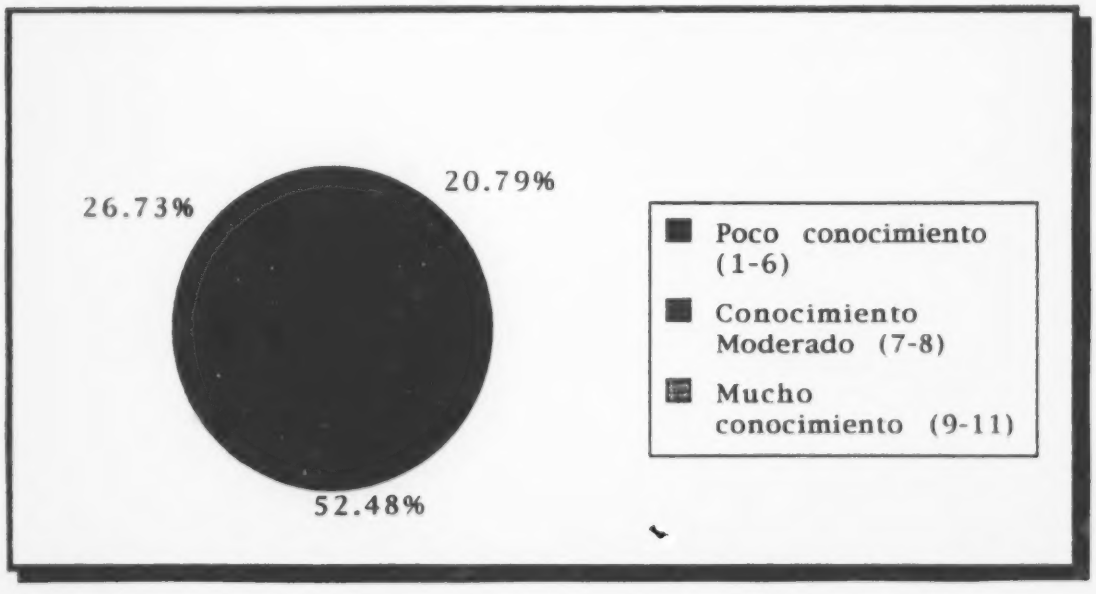
Gráfica 3
Frecuencia y porciento de la muestra por años de experiencia



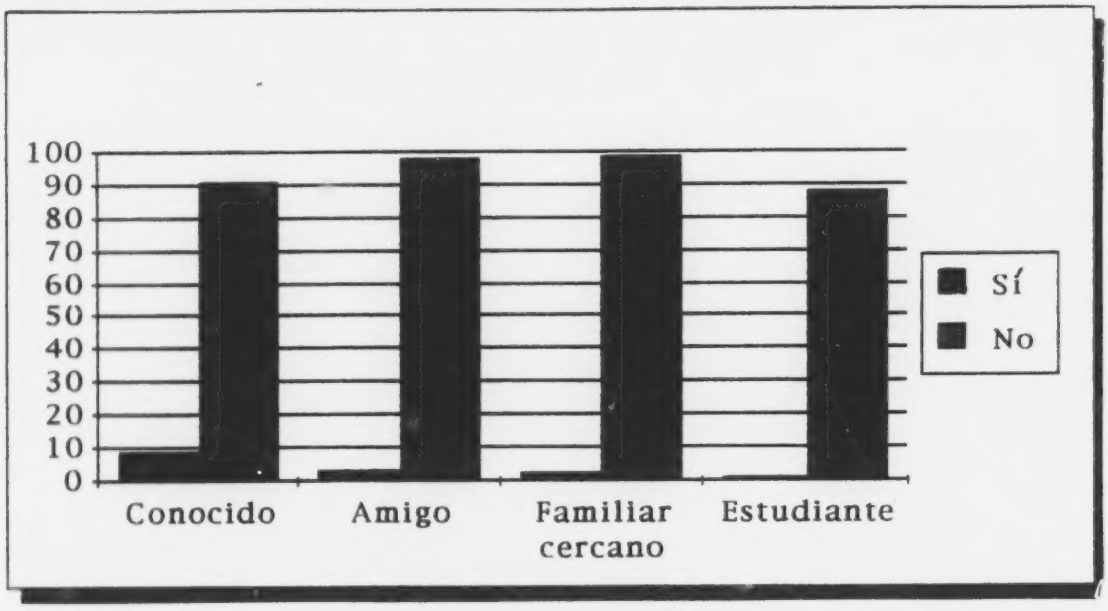
Gráfica 4
Porciento de la muestra por educación completada



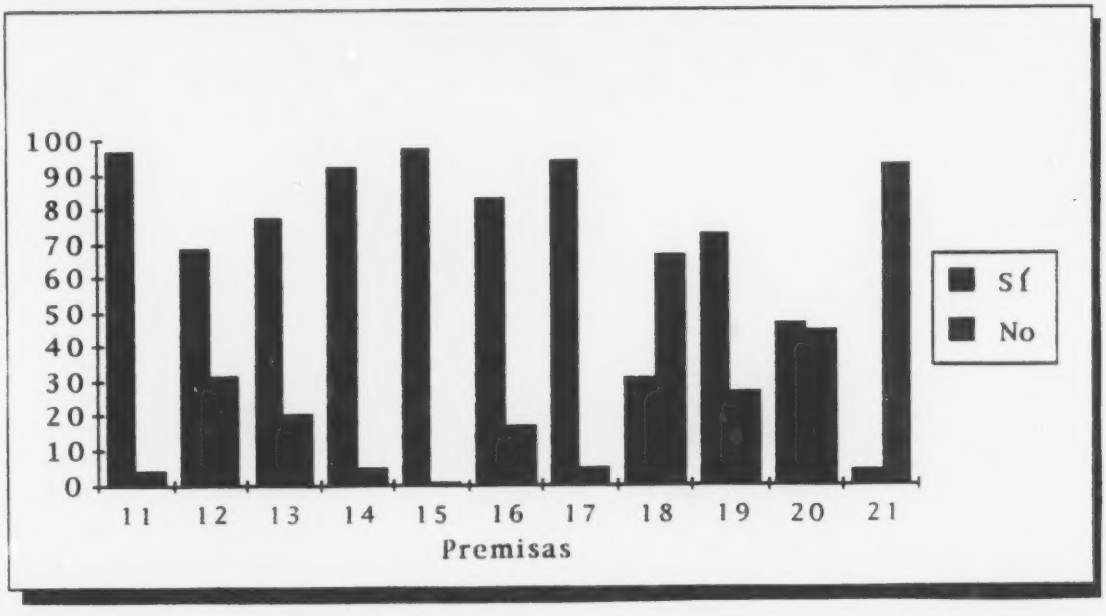
Gráfica 5
Porciento de la muestra sobre conocimiento de transmisión



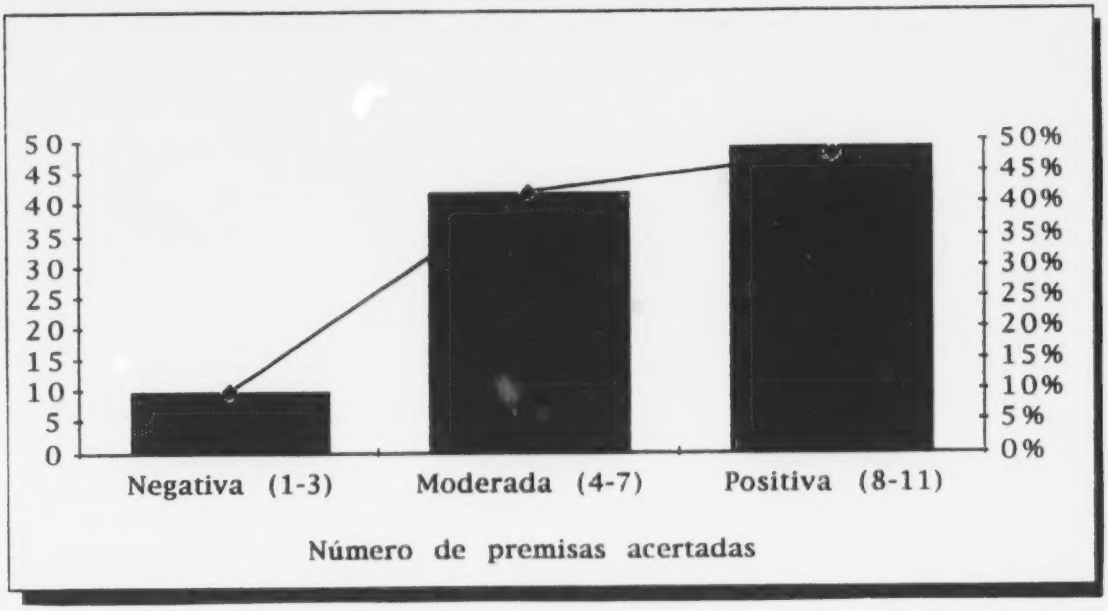
Gráfica 6
Frecuencia de las premisas 7 a la 10
sobre conocer a una persona con SIDA



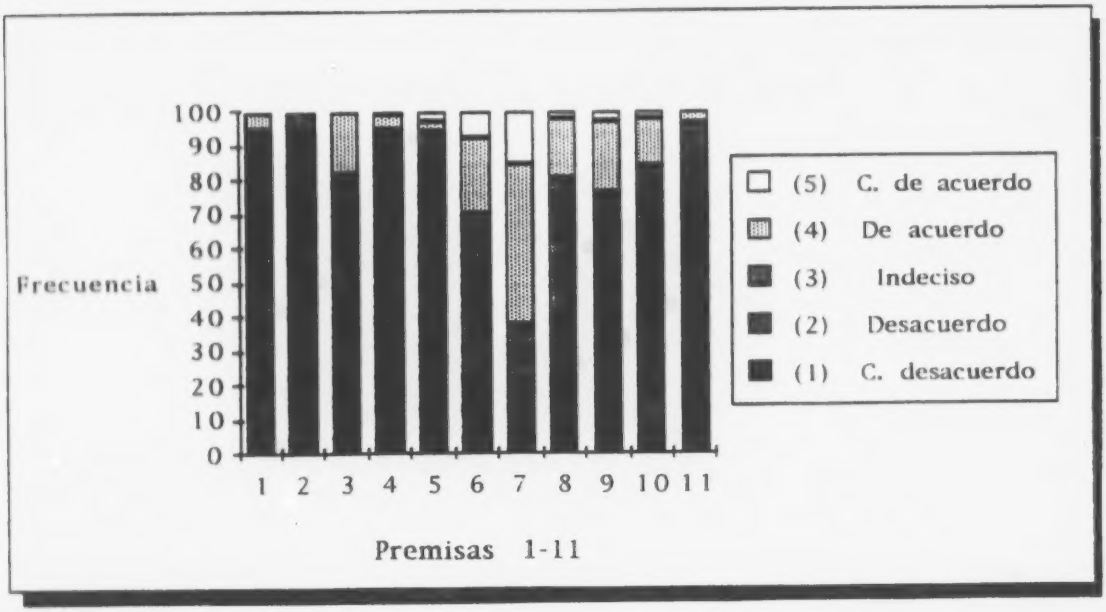
Gráfica 7
Frecuencia de las premisas 11 a la 21
sobre conocimiento de transmisión

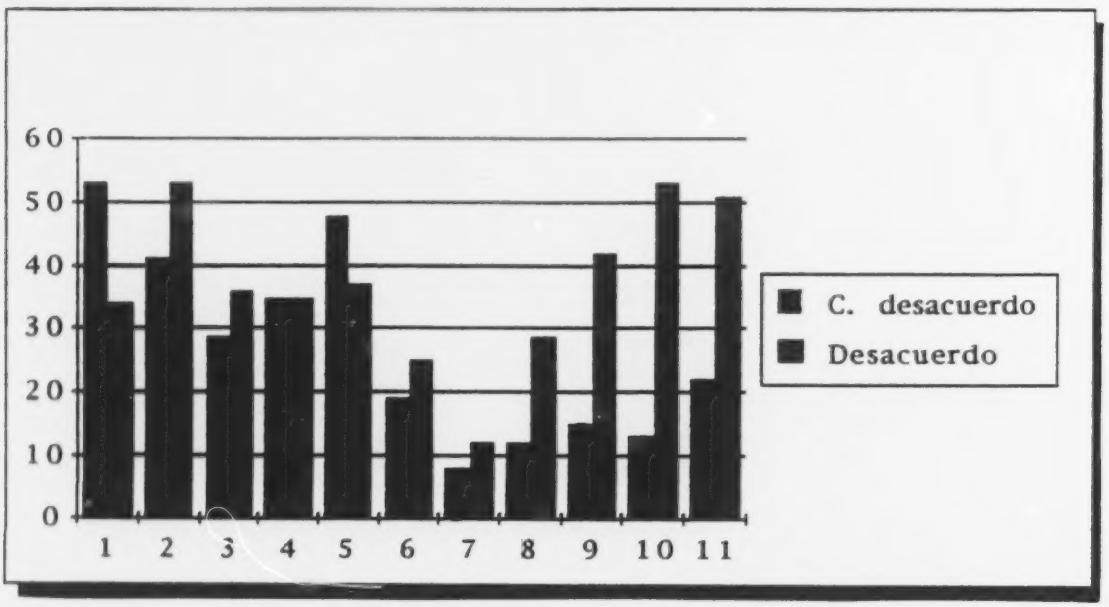


Gráfica 8
Frecuencia y porciento de las premisas 1 a la 11
en la escala de percepción



Gráfica 9
Frecuencia de las premisas 1 a la 11 en la escala de percepción



Gráfica 10

Frecuencia de las premisas 1 a la 11 en la escala de percepción (Completamente en desacuerdo y desacuerdo)